

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Екатеринбург
Издательство УГМУ
2018

УДК 616.89(075.8)

ББК 56.14

О-28

*Печатается по решению
Центрального методического совета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 1 от 28.02.2018)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук, проф. К.Ю. Ретюнский*

*Рецензенты:
д-р мед. наук, проф. Ю.В. Ковалев
д-р мед. наук, проф. В.А. Руженков*

О-28 **Общая психопатология** [Текст] : уч.-мет. пособие / Т. С. Петренко, К. Ю. Ретюнский, С. И. Ворошилин [и др.]; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018. — 92 с.

ISBN 978-5-89895-851-0

В настоящем учебно-методическом пособии представлены методические рекомендации, изложено основное содержание разделов дисциплины «психиатрия», адресованные преподавателям, занимающимся со студентами, осваивающими основные образовательные программы высшего образования укрупненной группы специальностей — «Клиническая медицина». Издание поможет преподавателям отобрать учебный материал по психиатрии по объему и сложности адекватный уровню подготовки «специалитет», выбрать соответствующий алгоритм ведения занятий, формулировать требования к знаниям, умениям, навыкам по психиатрии в соответствии с формируемыми компетенциями общими и едиными для всех преподавателей кафедры.

УДК 616.89(075.8)

ББК 56.14

ISBN 978-5-89895-851-0

© Авторы, 2018

© ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ТЕМА 1. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ.....	5
ТЕМА 2. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ.....	18
ТЕМА 3. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ.....	38
ТЕМА 4. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА.....	50
ТЕМА 5. ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ.....	61
ТЕМА 6. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ.....	76
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	81

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия является частью медицинской науки и практического здравоохранения, изучающей причины, клинические проявления, диагностические основы психических расстройств. Специалистами психиатрических учреждений осуществляется организационная, профилактическая, терапевтическая и реабилитационная помощь психическим больным. Основным предметом изучения психиатрии является патология психической деятельности — болезненное состояние человека с психопатологическими или поведенческими проявлениями, обусловленными воздействием биологических, социальных, психологических и других факторов.

Знание основ психиатрии не только способствует формированию клинического мышления, но имеет и большое практическое значение для врача любой специальности.

Целью освоения учебной дисциплины является участие в формировании профессиональных (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-14, ПК-16, ПК-17, ПК-20, ПК-21, ПК-22) компетенций — освоение знаний и умений первичной диагностики психических расстройств для их своевременного выявления, принципов лечения и профилактики.

Будущий выпускник специальности «Лечебное дело» должен быть способным и готовым оказать неотложную психиатрическую помощь, быть способным решать вопросы социальной реабилитации и реадaptации в соответствии с современными профессиональными стандартами.

Тесты, предложенные в конце каждой главы, помогут лучше усвоить полученные знания.

ТЕМА 1.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Содержание: изучение патологии восприятия (иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, сенестопатии, психосенсорные расстройства).

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройства восприятия, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с расстройством восприятия.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами патологии восприятия, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней, ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств восприятия;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств восприятия у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с нарушением восприятия; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами восприятия;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.

-
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
 6. Слайды по теме занятия.
 7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

1. Вводная часть.

Подчеркивается целостность психической деятельности человека и условное разделение на отдельные стороны (восприятие, мышление, эмоциональная сфера и т.д.) в целях изучения. Напоминается понятие рецептора, анализатора, рефлекторной дуги.

Ощущения и восприятия — первая ступень познания человеком окружающего мира. Дается ленинское определение ощущения, как процесс превращения энергии внешнего раздражения в факт нашего сознания. Органы чувств, как трансформаторы энергии внешнего мира в нервный процесс. Дается определение ощущений, что это процесс отражения человеком отдельных свойств предметов и явлений объективной деятельности, непосредственно воздействующей на его органы чувств.

Понятие синестезии, физиологической основой которых является необычная иррадиация процесса возбуждения центральной части другого анализатора.

Расстройства ощущений: гиперестезия — повышение восприимчивости естественных внешних раздражителей. Перечисляются состояния, при которых они встречаются (переутомление, начальные проявления некоторых психозов, гипостезия, парестезии, сенестопатия.

Дается клиническая характеристика последних.

2. К разбору больных с сенестопатиями.

Дается клиническая характеристика сенестопатии, подчеркивается недифференцированность (ощущение «жжения», «печения», «переливания»). Обращается внимание на роль соматических заболеваний в происхождении сенестопатий от болезненных ощущений при некоторых соматических заболеваниях (стенокардия и др.).

Патофизиологические механизмы сенестопатий. Обращается внимание на практическое значение сенестопатий для врачей всех специальностей.

По возможности разбирается больной с вышеуказанной патологией. Восприятие «субъективный образ внешнего мира», комплекс ощущений «отражение объективной деятельности на непосредственном воздействии на органы чувств».

Подчеркнуть, что это не просто комплекс ощущений, а есть активный процесс познания мира, в котором участвует вся личность человека с ее богатством прежнего и настоящего опыта. Связать восприятия с мышлением, памятью, эмоциями и т.д.

Психосенсорные расстройства представляют нарушения пространственных отношений, формы предметов и собственного тела. Указывается при разборе больных, что психосенсорные расстройства обычно возникают при органическом поражении ЦНС, например, ревматический энцефалит вибрационной болезни, держатся стойко, критическое отношение больных к этому виду расстройства может быть сохранено. Разбираются 1-2 больных с этими нарушениями.

3. К разбору больных с иллюзиями и галлюцинациями.

Иллюзии определяются, как искаженное неправильное восприятие окружающей реальной действительности, различных предметов. Дается разделение иллюзии на физические иллюзии, как признак расстройства восприятия. Описывается, что иллюзии могут быть, как у психически боль-

ных, так и у здоровых людей, возникая вследствие физической и умственной усталости, плохих условий восприятия, при определенной эмоциональной окраске.

Разновидности иллюзий: парейдолии, эйдетизм (способность зеркально точного воспроизведения ранее бывшего восприятия).

Основная цель занятия: разбор больных с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Галлюцинации определяются как болезненные переживания, при которых представления приобретают чувственную яркость реальных объектов.

При разборе больных напоминается отличие иллюзии от галлюцинации. Указывается большая чувственная яркость и пространственная проекция истинных галлюцинаций (болезненные переживания имеют характер пространственного раздражителя). Проводятся клинические варианты галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, кинескетические, императивные, гипногигические, гипноампические, функциональные, психогенные, императивные, эксракампидные, речедвигательные. Обращается внимание на характер галлюцинаций при различных заболеваниях. Указывается на объективные признаки галлюцинаций: поведение больного во время беседы, выражение его лица, разговор с мнимым голосом, прислушивание, чувство страха, затыкание ушей, временное отключение от беседы, отказ от пищи, зажимание носа, агрессивность поведения и т.л. Иногда для выявления галлюцинации нужно представить больного самому себе на некоторое время, внимательно наблюдая за ним.

При демонстрации больных на конкретном больном показывается большое социальное значение галлюцинаций, опасность, как для жизни самого больного, так и окружающих. Больные с галлюцинациями обычно имеют особый уход и надзор, особенно больные с императивными и угрожающими галлюцинациями.

Индивидуально для каждого больного уточняется патофизиологический механизм галлюцинации (ведущее значение следового раздражителя, связь с прошлыми переживаниями больного, фазовые состояния, инертность возбуждения в определенном анализаторе, значение сохранности коры, возможность галлюцинации при поражении рецептора).

4. К разбору больных с псевдогаллюцинациями.

Определение и описание псевдогаллюцинаций. Подчеркивается их несколько меньшая, чем при истинных галлюцинациях, чувственная яркость и отсутствие проекции во вне, что они лишены объективной реальности, сте-

реотипно носят характер сделанности, чувство овладения. При демонстрации больных обращается внимание на проекцию внутрь «ложных голосов» и зрительных образов. Отмечается теснейшая связь псевдогаллюцинаций с представлениями (следовыми раздражителями).

Синдром Кандинского-Клерамбо, его клиническая характеристика. Симптом звучания мыслей, подчеркивается тяжесть его переживания больными.

Выделяются синдромы, симптомы которых являются галлюцинациями (делирий, онейроид, галлюциноз). Отмечается, что наиболее часто обонятельные галлюцинации встречаются при шизофрении, осязательные при энцефалитах, симптом волоса (тактильные) при отравлении ТЭС.

Заканчивая занятия можно указать вещества, вызывающие расстройство восприятия (мескалин, псилоцибин, производные лизергиновой кислоты, гашиш, атропин) и вещества, снимающие расстройства восприятия (кофеин, аминазин, резерпин, трифтазин (стелазин), новокаин, галоперидол и др.).

5. Для студентов педиатрического факультета.

Обратить особое внимание на особенности развития ЦНС у детей (лучше развит с.с. и подкорка).

Эйдетизм, частота иллюзорных восприятий, парейдолии. Галлюцинации чаще зрительные, чем слуховые, более простые по содержанию. Носят мерцающий характер. Возникают при самых различных интоксикациях и инфекциях особенно на высоте температуры.

Относительная редкость псевдогаллюцинаций. Частота психосенсорных нарушений.

Примечания к проведению занятий

1. В процессе опроса разобрать основные положения, характеризующие психологические особенности процесса восприятия и при этом подчеркнуть: а) непосредственный и активный характер отражения и восприятия предметов и явлений окружающего мира; б) динамичный характер процесса восприятия; в) целостность и устойчивость возникающих психических образов; г) субъективный характер, возникающих психических образов, т.е. принадлежность их «Я» воспринимающего, их личностно — смысловая значимость так как неосмысленных восприятий нет.

Разобрать основные психопатологические особенности иллюзий как такое расстройство восприятия, когда имеется ошибочное или искаженное

восприятие реального объекта, разобрать отдельные виды иллюзорных расстройств (сенсорные, аффективные, парейдолические иллюзии). Обратить внимание на пограничный характер данных нарушений, повышенную актуальность данной формы патологии для клиники соматических болезней с нервно-психическими расстройствами непсихотического характера, а также подчеркнуть, что иллюзии нередко являются одним из начальных признаков манифестации психоза.

Разобрать основные психопатологические особенности истинных галлюцинаций.

Обратить внимание на отличие иллюзий от истинных галлюцинаций, подчеркнув, что при галлюцинаторных расстройствах отсутствует восприятие реальных объектов, а патологические представления достигают чувственной силы и яркости восприятия. Через признаки нормального восприятия, иллюзорных расстройств и галлюцинаций подвести студентов к выводу, что галлюцинации это уже такая форма психической патологии, которая не свойственна людям в состоянии психического здоровья и всегда свидетельствует о преходящем или стойком расстройстве психической деятельности болезненного характера.

При разборе галлюцинаций как патологии восприятия подчеркнуть определенные психопатологические признаки, которые имеют значение для дифференциального отличия от других сходных психопатологических феноменов, для выделения ведущего синдрома: а) чувственная яркость галлюцинаторных образов и характер непосредственно данной реальности; б) субъективность образов их принадлежность «Я» больного; в) внешняя проекция галлюцинаторных образов по отношению к «Я» больного-галлюцинанта; г) активное (деятельное) отношение галлюцинанта к возникающим галлюцинаторным образам; д) наличие признаков других психических расстройств.

2. При демонстрации больного с типичной клинической картиной галлюциноза на его примере продемонстрировать разделение галлюцинаций по органам чувств, степени сложности, подчеркнуть объективные признаки галлюцинаций, особенности расспроса и осмотра больных с разными галлюцинаторными состояниями.

Демонстрация больного обеспечивает показ студентам как правильно установить контакт, необходимую форму обращения, избегая наводящей формы вопросов, раскрыть в высказываниях больного и его поведении отражение галлюцинаторных переживаний.

3. В ходе контрольного опроса провести сравнительную характеристику истинных и ложных галлюцинаций, обратить внимание на отличитель-

ные признаки: а) характер «нереальности» псевдогаллюцинаторных образов с чувством сделанности; б) чувство чуждости «Я» больного; в) проекция внутрь круга психических переживаний ил за пределы поля восприятия; г) пассивное отношение к возникшим образам — отгороженность и загруженность больного; д) включение псевдогаллюцинаторных расстройств в иной круг психопатологических синдромов — синдром психического автоматизма, синдром Кандинского-Клерамбо, онейроидный синдром.

4. Рекомендуется опрос больных проводить группой студентов, назначенных преподавателем (до 3-4-х) под контролем с его стороны. При расспросе больного студентами направлять на выявление различий галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств в характере переживаний больного, в его субъективном отчете и особенностях поведения.

5. В ходе контрольного разбора со студентами демонстрации больного, которую провела группа студентов, обращать особое внимание на правильность установления студентами контакта с больным, ошибки в постановке отдельных вопросов, упущения в выявлении тех или иных сторон галлюцинаторных расстройств. При демонстрации больного с сенестопатически — ипохондрическим синдромом подчеркнуть особенности сенестопатий как патологии восприятия: а) гиперпатический характер переживаний (мучительность, тягостность их для больного); б) изменчивый, перемежающийся характер ощущений, не связанный с признаками проекций некоторых соматических систем; в) сложный, «вычурный» характер сравнений при описании ощущений; г) отсутствие выраженных объективных признаков патологии со стороны соматических систем; д) быстрое формирование ипохондрической фиксации, развитие ипохондрических расстройств.

Разобрать особенности направления больных с галлюцинозом в психиатрический стационар или на консультацию врача — психиатра.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Понятие о процессе восприятия.
2. Расстройства ощущений, их классификация.
3. Иллюзии, их классификация.
4. Понятие о представлениях. Определение галлюцинаций.
5. Классификация галлюцинаций.
6. Галлюцинаторные синдромы.
7. Психосенсорные расстройства. Их классификация.
8. Объективные признаки расстройств восприятия.
9. Методы терапии расстройств восприятия.

Тестовые задания по теме занятия

- 1. Понижение восприимчивости к раздражителям это:**
 - a) гиперестезия
 - b) гипомнезия
 - c) парестезия
 - d) криптомнезия
 - e) ни одно из перечисленного

- 2. Ощущение стягивания или распираания во внутренних органах при отсутствии реального заболевания их — это:**
 - a) гиперестезия
 - b) висцеральная галлюцинация
 - c) ипохондрический бред
 - d) сенестопатия
 - e) ни одно из перечисленных

- 3. Дерееализация характеризуется всем перечисленным, кроме:**
 - a) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства
 - b) чувства призрачности окружающего
 - c) восприятия внешнего мира декоративным, ненастоящим
 - d) все перечисленное
 - e) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей

- 4. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:**
 - a) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
 - b) необычности, вычурности ощущений
 - c) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - d) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
 - e) восприятия, искажения формы и величины своего тела

5. Для истинных галлюцинаций характерно:

- a) восприятие несуществующего
- b) возникновение существующего без реального объекта
- c) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
- d) характер проекции, не отличимой от реальных объектов
- e) все перечисленное

6. Истинные зрительные галлюцинации могут быть:

- a) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
- b) натуральных, уменьшенных, увеличенных размеров
- c) бесцветные, цветные
- d) подвижные или неподвижные
- e) все перечисленное

7. Слуховые истинные галлюцинации делятся:

- a) по сложности (элементарные — аказмы и более сложные)
- b) по интенсивности
- c) по содержанию (безразличные, угрожающие, императивные и т. д.)
- d) по продолжительности (непрерывные и эпизодические)
- e) по всему перечисленному

8. При истинных тактильных галлюцинациях возникают ощущения:

- a) ползания по телу насекомых
- b) появления на поверхности тела посторонних предметов
- c) появления под кожей посторонних предметов
- d) все перечисленное
- e) ничего из перечисленного

9. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме:

- a) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
- b) ощущения присутствия в теле живых существ
- c) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
- d) возможности точного описания своих ощущений
- e) ощущения, что эти предметы неподвижны или шевелятся

10. Гипноаггические галлюцинации проявляются видениями:

- a) непроизвольно возникающими перед засыпанием
- b) возникающими при закрытых глазах
- c) возникающими на темном поле зрения
- d) всеми перечисленными
- e) ничем из перечисленного

11. Галлюцинации мышечного чувства проявляются ощущениями:

- a) особой легкости тела
- b) особой легкости членов тела
- c) тяжести тела или его членов
- d) движения языка или других органов
- e) всего перечисленного

12. Аффективные иллюзии характеризуются:

- a) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием
- b) возникновением при патологических изменениях аффекта
- c) возникновением чаще при страхе, тревоге
- d) усилением на фоне утомляемости
- e) всем перечисленным

13. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме:

- a) отсутствия конкретности, реальности
- b) наличия признаков нарушения сознания
- c) безжизненности, беззвучности, бестелесности
- d) интрапроекции внутри организма
- e) чувства «сделанности»

14. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме:

- a) чувства «сделанности»
- b) наличия вызываемых, «показываемых видений», картин
- c) возникновения при нарушениях сознания
- d) бесформенности или отчетливой формы
- e) простоты или сценopodobности

- 15. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме:**
- a) возникновения «внутренних», «сделанных», «мысленных» голосов
 - b) звучания мыслей
 - c) громких мыслей
 - d) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т. д.
 - e) восприятие голосов, которые слышатся из-за стены, из-под пола, от отдельных людей
- 16. Вербальные иллюзии характеризуются:**
- a) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
 - b) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах
 - c) возникновением, чаще на фоне тревожной подозрительности, страха
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 17. Функциональные галлюцинации характеризуются:**
- a) появлением на фоне восприятия реального внешнего объекта
 - b) сосуществованием с внешним раздражителем, не сливаясь с ним
 - c) исчезновением с прекращением действия раздражителей
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 18. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:**
- a) концентрического сужения полей зрения
 - b) психогенной слепоты (амавроза)
 - c) утрата слуха
 - d) гипестезии и анестезии участков тела
 - e) соответствия участков гипестезии и анестезии зонам иннервации тела
- 19. Галлюцинации в форме двух голосов, слышащихся из-за стены, приказывающих делать или не делать что-то, именуются:**
- a) императивными псевдогаллюцинациями
 - b) императивными истинными галлюцинациями

-
- c) комментирующими псевдогаллюцинациями
 - d) антагонистическими истинными галлюцинациями

20. Галлюцинации в форме двух голосов, слышащихся в голове, которые заявляют, что «убьют» его, именуются:

- a) императивными псевдогаллюцинациями
- b) императивными истинными галлюцинациями
- c) угрожающими истинными галлюцинациями
- d) антагонистическими истинными галлюцинациями
- e) угрожающими псевдогаллюцинациями

21. Галлюцинации в форме двух голосов, слышащихся в голове, из которых один ругает пациента, а другой хвалит его, именуются:

- a) антагонистическими псевдогаллюцинациями
- b) императивными истинными галлюцинациями
- c) комментирующими псевдогаллюцинациями
- d) антагонистическими истинными галлюцинациями

22. Галлюцинации в форме двух голосов, слышащихся из-за стены, из которых один ругает пациента, а другой защищает его, именуются:

- a) императивными псевдогаллюцинациями
- b) комментирующими истинными галлюцинациями
- c) комментирующими псевдогаллюцинациями
- d) антагонистическими истинными галлюцинациями

23. Отличие иллюзий от галлюцинаций состоит:

- a) в реальности или нереальности их содержания
- b) в их интенсивности
- c) в наличии или в отсутствии воспринимаемого объекта
- d) в эмоциональном фоне

24. Искаженное восприятие реально существующего объекта, это:

- a) эйдезм
- b) галлюцинации
- c) иллюзии
- d) парейдолии

- 25. Восприятие объекта, отсутствующего в реальном пространстве, это:**
- a) эйдетизм
 - b) галлюцинации
 - c) иллюзии
 - d) парейдолии
- 26. Возникновение при воспоминании представления, не отличающегося по яркости от реально существующего объекта, это:**
- a) эйдетизм
 - b) галлюцинации
 - c) иллюзии
 - d) парейдолии
- 27. Узнавание в естественных узорах, создаваемых облаками, трещинами, сплетениями ветвей фантастических объектов, это:**
- a) эйдетизм
 - b) галлюцинации
 - c) иллюзии
 - d) парейдолии

**Вопросы, включенные
в билеты к курсовому экзамену**

1. Психопатологические симптомы и синдромы. Понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.

2. Методы обследования, применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование параклинических методов (лабораторных, инструментальных и психологических), их диагностические возможности.

3. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства, истинные и псевдогаллюцинации). Заболевания, при которых чаще всего встречаются нарушения восприятия. Объективные признаки наличия галлюцинаций.

ТЕМА 2.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Содержание: изучение патологии продукции мышления (патологические идеи — навязчивые, бредовые и сверхценные идеи, расстройства течения ассоциаций).

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройства мышления, обучить студентов методам их выявления, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с расстройством мышления.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами патологии мышления, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней, ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств мышления;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств мышления у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с нарушением мышления, на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами мышления;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.

4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

1. Введение

Прежде чем перейти к демонстрации больных с различными формами нарушения мышления преподаватель в форме беседы со студентами напоминает основные теоретические положения о мышлении.

Мышление характеризуется как высшая форма отражения мозгом человека внутренних связей, сущности объективной реальности. Посредством мышления мы не только получаем возможность устанавливать взаимосвязи явлений окружающего мира, но и активно на него воздействовать и изменять его.

Процесс мышления протекает при активном участии всех психических функций и имеет в основе сочетанную деятельность сигнальных систем, т.е. второй сигнальной системы. На основе образующихся при этом

условно-рефлекторных связей (ассоциаций) — конкретных и абстрактных (между отдельными понятиями, качествами и свойствами предметов, явлений) — мышлением создаются новые суждения и умозаключения.

Следует подчеркнуть, что материальной оболочкой мышления является слово, поэтому о расстройствах ассоциативного процесса и суждения можно составить более или менее верное представление, изучая речевую продукцию больного.

Наиболее наглядной для студента будет та классификация нарушений течения процессов мышления, которая основывается на его главных свойствах и представлена следующей таблицей (таблица 1):

Таблица 1

**Классификация нарушений течения
процессов мышления**

Характеристика мышления	Форма расстройства
Темп	Ускорение, замедление (разница между брадилалией и олигофазией). Своеобразные формы — обстоятельность, персеверация.
Стройность	По грамматической стройности: разорванность, бессвязность, инкогеренция; своеобразные формы: «шперрунг», вербигерация; по логической стройности: паралогическое мышление.
Целенаправленность	Резонерство, символическое и аутистическое мышление; своеобразная форма — образование неологизмов.

2. К методике обследования больного с расстройствами мышления

Исследование мышления должно включать осмотр больного (особенности одежды, выражение лица, состояние кожных покровов — следы суицидальных попыток, символические знаки и т.п.), наблюдение за его поведением (контактность, манера общения с окружающими, жестикуляция, «лишние» движения, странные и «загадочные» поступки, прием пищи и т.п.) и спонтанной речью (темп, стройность и т.п.)

Однако, без непосредственного контакта с больным и постановки целого ряда специальных вопросов заключение о состоянии мышления будет далеко не полным. Вопросы следует задавать без какого-либо определенного акцента и привлечения специального внимания больного к данной теме. При склонности его к диссимуляции, студент может услышать подробные «объяснения» поступков больного.

Патология мышления нередко проявляется в рисунках, чертежах и письмах больных. В распоряжении каждого ассистента должна быть та или иная письменная продукция больных, а также «журналы наблюдений», в которых дежурными сестрами отделений отмечается поведение больных, их высказывания и прочее. Неплохо пользоваться с целью большей демонстративности атласами и отдельными репродукциями, магнитофонными записями, актами судебно-психиатрической экспертизы. При возможности указывается на значение патопсихологических методик.

На практическом занятии следует показывать возможно большее количество (6-8) больных для того, чтобы студенты имели возможность познакомиться с различными видами патологии мышления.

Методически оправданным будет осветить непосредственную связь патологии мышления с нарушениями в других сферах психической деятельности. Такое увязывание проходимого с пройденным и будущими темами будет способствовать более прочному, осмысленному усвоению материала, совершенствовать клиническое мышление.

После знакомства студентов с больными дается клиническая характеристика (при ускорении мышления ассоциации поверхностные, преимущественно механические по сходству, смежности и пр.), отсутствие целевой направленности, легкая отвлекаемость. Может возникать «вихрь идей» ускорение мышления проявляется в ускорении речи — тахилалия и патофизиологическое обоснование (иррадиация возбуждательного процесса в коре головного мозга). Указываются синдромы и заболевания, при которых встречается ускоренное течение ассоциаций (маниакальное состояние при МДП, астено-маниакальное состояние при инфекции и т.п.).

При разборе больных с замедленным течением ассоциаций обращается внимание на заторможенность мышления, преобладание одного представления, снижения возможностей установления связей между представлениями и понятиями. Мысли, по словам больных «ворочаются как жернова». Замедленная речь, когда слова произносятся с большими интервалами, называется брадилалия (в отличие от олигофазии, при которой затруднения речи связаны не столько с замедлением ассоциативного процесса, сколько с его обеднением, с невозможностью подобрать необходимое слово). Дается патофизиологическое обоснование (торможение в коре головного мозга) и указываются синдромы и заболевания, при которых это расстройство встречается (депрессивные, ступорозные состояния).

На фоне измененной скорости мышления могут периодически возникать кратковременные перерывы, задержки, во время которых мысли отсутствуют совершенно — «шперрунг» (при шизофрении).

Разбирается своеобразная форма мышления — обстоятельность: речь может быть обычной по темпу, но переход от одной мысли к другой совершается крайне медленно из-за «топтания» вокруг несущественных обстоятельств, излишне подробного описания фактов и событий, не имеющих прямого отношения к основной теме рассказа (эпилепсия, орг. и травматические поражения ЦНС).

Приводится определение персевераций (повторение или систематическое возвращение к одной и той же определенной теме).

По стройности.

Разорванность мышления — нарушение логической связи (неологизмы, паралогизмы) при сохранении формально правильной грамматической связи. Бессвязное мышление (инкогеренция) — словосочетание с нарушением грамматической связи.

Демонстрируется больные с астенической спутанностью и разорванностью мышления. Подчёркиваются характерные для первой — истощаемость психических процессов, доступность больных контакту, их эмоциональность, а иногда и раздражительность, возможны периоды затуманенного сознания; для второй — отсутствие связи между отдельными представлениями и понятиями при сохранности грамматической правильности предложения (без амотивности, склонность к отвлечённости и резонерству).

Бессвязная игра словами с нанизыванием одного слова на другое и произнесением ряда сходных по звучанию слов, часто совершенно бессмысленных, называется вербигорацией.

Обращается внимание студентов на то, что стойкость мышления может изменяться и в связи с одновременным возникновением двух взаимоисключающих идей.

По целенаправленности.

Объектом аутистического мышления являются исключительно внутренний мир больного и его переживания. Такие больные либо замкнуты и недоступны, а если и вступают в беседу, то вскоре переводят разговор на тему собственных мыслей и представлений, не имеющих реальной проекции и оторванных от действительности (при шизофрении).

Обсуждая патологическое или бесплодное мудрствование, «пустословие» на заданную тему — резонерство, символическое мышление (больной обращает основное внимание на свойства, имеющие второстепенное значение, придавая им особый смысл), изобретение больными новых слов-символов — неологизмы, сгущение понятий.

Обратить внимание студентов на особенность шизофренического мышления (разорванность мышления, символика, амбивалентность, соскальзывание, стереотипии, наплывы мыслей, остановки мышления, резонерство).

3. Демонстрация больного с типичной картиной бредовых расстройств (желательна демонстрация с монотематическими, изолированными бредовыми расстройствами — бредовые переживания с ревностью, ипохондричностью или изобретательством в целях убедительной иллюстрации отличий от больных с патологией восприятия).

На примере больного продемонстрировать различие сверхценных и бредовых идей, подчеркнуть отдельные признаки сверхценных идей:

- связь с обстоятельствами реальной жизни, их психологическая понятность;
- аффективная насыщенность переживаний, их доминантность среди других переживаний и интересов;
- охваченность личности сверхценными переживаниями, изменение направленности личностных интересов и установок;
- субъективная убежденность в достоверности и правильности своих представлений и переживаний;
- отсутствие выраженных расстройств других сторон психической деятельности.

Демонстрацию проводит преподаватель с показом студентам как необходимо устанавливать контакт, находить нужную форму общения с больным, имеющим бредовые расстройства; как правильно раскрывать в высказываниях больного и в его поведении отражение бредовых переживаний. Для иллюстрации одновременно можно использовать образцы патологической продукции больных — письма, отражающие бредовые расстройства, образцы некоторых видов патологического творчества.

4. Контрольный разбор со студентами типичного примера, опрос по оценке психического состояния приведенного больного. В ходе контрольного опроса выявить правильное понимание и усвоение студентами понятия «бред». Обратить внимание на различие бредовых расстройств по содержанию: бред отношения и преследования, другие формы персекуторного бреда; бред изобретательства, реформаторства, высокого происхождения, «любовный бред»; бред самообвинения, самоуничтожения, виновности, ущерба, нигилистический бред; бред «инсценировки» и др. формы.

5. Демонстрация больного с типичной картиной параноидного синдрома. Демонстрация и опрос проводится группой студентов (до 3-х) под контролем преподавателя. При опросе студентами больного направлять демонстрацию т.о., чтобы показать, как в клинической картине болезни становление параноидного состояния проходит определенные этапы — бредовое настроение, бредовое восприятие, кристаллизация бреда, что отражается на состоянии и поведении больного. Направлять опрос студентами больного т.о., чтобы они увидели, что в клинической картине болезни психопатологические феномены не существуют в изолированном виде, в частности при острых параноидных состояниях включается иллюзорно-галлюцинаторный компонент.

6. Демонстрация больного с типичной картиной аффективно-бредового синдрома. Демонстрация и опрос проводится группой предварительно назначенных студентов (до 3-х) под контролем преподавателя. Направлять демонстрацию т.о., чтобы показать как содержание и характер бредовых расстройств изменяются в зависимости от нарушения других сторон психической деятельности, в частности, тесно связано с особенностями аффективных расстройств, что также находит отражение в особенностях поведения больных (персекуторный бред — аффект тревоги и страха — в поведении отгороженность и настороженность; бред величия, высокого происхождения, «любовный бред» — маниакальный аффект — в поведении горделивость позы, рассказы о подвигах, разоблачениях, украшения себя; бред самообвинения, самоуничтожения — депрессивный аффект — в поведении заторможенность и т.д.).

7. Контрольный разбор со студентами проведенных демонстраций. Обратить внимание на удачный характер попыток выявить бредовые идеи, отметить, если были, неправильно сформулированные вопросы, показать, в чем ошибки. Дополнительно уточнить для студентов содержание бредовых идей, связь их с поведением, подчеркнуть динамичный характер развития параноидных состояний, обратив внимание на отдельные этапы:

- 1) этап бредового настроения;
- 2) этап бредового восприятия;
- 3) этап кристаллизации бреда;
- 4) этап обратного развития (активная критика, инкапсуляция бреда и т.д.).

Также обратить внимание на различие структуры параноидных состояний. Задача заключается в том, чтобы от наглядных примеров связи харак-

тера бредовых расстройств с характером нарушений со стороны других сторон психической деятельности подвести к выводу о сложных и различных механизмах бредообразования: интерпретативный бред (первичный бред, бред толкования); образный, чувственный бред (вторичный бред); аффективный бред.

8. Тест-контроль всей группы по картам типичных примеров (в примеры включается паранойяльный синдром с признаками монотематичности, систематизации с интерпретативным характером бредообразования, личностными изменениями с патологической обстоятельностью, направленностью «во вне» переживаний больного, отсутствием стойких обманов восприятия, полиморфных аффективных нарушений; параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдром с признаками политематичности и несистематизированности бреда, чувственно-образным, «вторичным» характером бредообразования с разнообразными обманами восприятия, психическими автоматизмами, полиморфными аффективными расстройствами, растерянностью или отгороженностью больного с направленностью «внутри» его переживаний; синдром Кандинского-Клерамбо с признаками политематичности бреда и преимущественной выраженностью бреда воздействия, с различными вариантами автоматизмов (сенсорные, аффективные, идеомоторные), с полиморфными аффективными расстройствами, особенностями поведения (при остром варианте — растерянность, при затяжном варианте — отгороженность). В ходе программированного контроля подвести студентов к самостоятельному формулированию понятия синдрома с выделением следующих основных видов синдромов: паранойяльный, аффективно-бредовой (депрессивно — параноидный), параноидный, галлюцинаторно-параноидный, синдром Кандинского-Клерамбо, парафренный.

Разобрать особенности социальной опасности больных с различными видами параноидных состояний, подчеркнув связь социальной опасности с остротой течения, характером и содержанием бредовых расстройств. Отметить причины повышенной социальной опасности больных с ипохондрическим бредом, бредом ревности паранойяльной структуры, особенности социальной опасности при острых параноидных, галлюцинаторно — параноидных состояниях, остром варианте синдрома Кандинского-Клерамбо, снижение социальной опасности при парафренном синдроме.

Разобрать лечебную тактику при различных видах параноидных состояний, обратив особое внимание на неотложную госпитализацию больных с повышенной социальной опасностью, особенности направления на консультацию к психиатру.

9. Нарушение продукции мышления проявляется в виде патологических идей: бредовых, навязчивых, сверхценных.

Бредовые идеи: целесообразно начать разбор с бредовых идей, как имеющих наиболее важное значение в практике врача.

Уточняется определение бреда — это возникающие на болезненной почве неверные, ложные идеи, суждения, умозаключения, не поддающиеся коррекции. Содержание бредовых идей индивидуально, составляет нечто, присущее именно данной психической личности.

Подчеркнуть отличие бредовых идей от заблуждений, предрассудков, суеверий (наличие болезненной почвы, механизмы развития, возможность коррекции), необходимость своевременной госпитализации больных, их социальную опасность, напомнить об отражении эпохи в содержании бредовых идей.

Разбираются стадии развития бредообразования:

1) бредовое настроение (настороженность): больной в тревоге, чего-то ожидает, среди явлений окружающего мира постоянно ищет подтверждения своим опасениям, объяснения наступившей с некоторых пор «внутренней несвободе»;

2) бредовое восприятие: некоторые из окружающих больного предметов и лиц воспринимаются им «особенно», хотя больной ничем этого выделения пока объяснить не может;

3) бредовое толкование: особенно воспринятое все больше и больше начинает объясняться больным, приобретает особый смысл и значение;

4) кристаллизация бреда (И.М.Балинский): воспринятое и истолкованное бредовым образом организуется в систему, приобретает стойкость и законченность (больному «теперь все стало ясно»);

5) исчезновение бреда: спонтанное, связанное с лечением (инсулинотерапия, нейролептики) или распад бреда в связи с деменцией.

Источником, основой для образования бредовых идей могут стать галлюцинации (вторичный бред); иногда бред — единственное остаточное явление только что перенесенного психоза (например, делириозного помрачнения сознания) — резидуальный бред.

Описывается острый бред (дорожный параноид), хронический (алкогольный параноид) и осциллирующий (затухающий и периодически обостряющийся).

Острый — обычно не имеет определенной системы, хронический — почти всегда систематизированный.

Разбираются клинические варианты бредовых идей по содержанию: преследования (разновидности — химического, физического, гипнотичес-

кого воздействия; отравления, обвинения, ущерба, обворовывания и др.), самообвинения, отношения, любовный, одержимости, метаморфозы, величия, ипохондрический и т.д.

Обращается внимание на преобладание некоторых клинических вариантов бреда в зависимости от нозологической формы и особенностей течения болезни (бред величия при прогрессивном параличе, бред ущерба при депрессивных состояниях, бред отношения и воздействия при шизофрении, острый бред преследования при реактивных психозах).

Содержание бреда в некоторых случаях может видоизменяться (трансформация бреда) или собственные мысли и переживания приписываются больными окружающим людям (транзитивизм бреда), возможен индуцированный бред. В одних случаях при бреде преобладают элементы рассуждений и умозаключений (бред толкования), в других — конкретные образы (образный бред). В происхождении бредовых идей определенную роль играет основной фон настроения (кататимный бред); говорят о кастезическом бредообразовании, т.е. о бреде, развивающимся на почве изменённых органических ощущений. Некоторые чувствительные люди, обладающие повышенной ранимостью собственные переживания, интерпретируют бредовым образом (сензитивный бред).

Даётся клиническая характеристика синдромов: параноидного (несистематизированный бред и соответствующие изменения в поведении и настроении), паранойяльного (систематизированный бред при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций — своеобразная патологическая интерпретация реальных фактов, событий), парафренного (эмоционально насыщенный, систематизированный, преимущественно фантастического содержания, в сочетании с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, конфабуляциями), синдрома Кандинского-Клерамбо (взаимосуществование явлений психического автоматизма и бреда преследования-воздействия и т.п., наличие псевдогаллюцинаций).

Демонстрируются больные с параноидной формой шизофрении, реактивными психозами, паранойей, органическим поражением ЦНС и т.д.

Навязчивые идеи. Уточняется клиническое определение: патологические переживания, к которым у больного сохраняются критическое отношение, осознание чуждости, болезненности, желание избавиться от них. Навлечение мысли, как правило, сочетаются с другими навязчивостями (обсессиями) — навязчивыми представлениями, сомнениями, воспоминаниями, счётом, запоминанием, действиями, влечениями, страхами.

Подчеркнуть, что выполняются лишь те навязчивые мысли, желания, действия и т.п., которые не причиняют ущерба здоровью окружающих и не противоречат общепринятым моральным и этическим нормам, часто навязчивые мысли и желания возникают лишь в обстановке, исключающей возможность их выполнения (контрастные obsessions). Серия навязчивых действий, выполняемых в определенной раз навсегда установленной больным последовательности, называется ритуалом.

Фиксируется внимание на роли астенизации, утомления и психогении в возникновении навязчивостей, выделении навлачивости как самостоятельного заболевания, клиническом отличии навязчивых идей от бредовых (клинические особенности навязчивости в зависимости от нозологической формы).

Сверхценные идеи (переоцениваемые) всегда имеют какое-то реальное основание, психологическую проекцию во вне, т.е. они основаны на действительных фактах, обстоятельствах, которым, однако, больной придает слишком большое значение. Несоответствие истинной ценности факта и мнения о нем больного, им самим не осознается, поэтому развивается кипучая деятельность в связи с имеющейся сверхценной идеей (например, необретательства, ревности, необычных качеств собственной личности).

Для студентов лечебного факультета рекомендуется остановиться на вопросе ипохондрического развития личности, клинике ипохондрического синдрома (уверенность в несуществующей болезни и висцеральные галлюцинации, сенестопатии). Желательно демонстрировать больных с шизофренией, промышленной интоксикацией.

Для студентов педиатрического факультета: разобрать особенности бредовых идей у детей (преобладание образного чувственного бреда) — беспричинный страх-аналог бредовых идей в раннем детском возрасте; параноидальная настроенность и восприятие, патологическое фантазирование у детей раннего школьного возраста; отрывочные бредовые идеи отношения, дисформации и бред чужих родителей и подростков.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Понятие о процессе мышления, как форме отражения окружающего мира в форме идей.
2. Понятия, суждения и умозаключения.
3. Патологические идеи.
4. Навязчивые идеи, их классификация. Заболевания, при которых они встречаются.

5. Бредовые идеи, их классификация. Заболевания, при которых они встречаются.

6. Сверхценные идеи, их классификация. Расстройства, при которых они встречаются.

7. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром психического автоматизма, Кандинского-Клерамбо.

8. Лечение больных с навязчивыми идеями.

9. Лечение больных с бредовыми идеями.

10. Расстройства течения мыслительных процессов, их классификация.

11. Нарушения темпа течения мыслительных процессов: замедленное, ускоренное течение. Заболевания, при которых они встречаются.

12. Нарушения инертности течения мыслительных процессов: патологическая обстоятельность, персверации. Заболевания, при которых они встречаются.

13. Нарушения связности течения мыслительных процессов. Заболевания, при которых они встречаются.

14. Нарушения течения мыслительных процессов при шизофрении.

15. Нарушения течения мыслительных процессов при эпилепсии.

16. Нарушения течения мыслительных процессов при МДП.

17. Нарушения течения мыслительных процессов при органических заболеваниях головного мозга.

18. Патоморфоз нарушений темпа течения мыслительных процессов.

Тестовые задания по теме занятия

1. Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

- a) демагогией
- b) краснобайством
- c) амбивалентностью
- d) мутизмом
- e) резонерством

2. Идеи отношения и обидчивости чаще встречаются при:

- a) дефекте органов зрения
- b) дефекте органов слуха

-
- c) сексуальных расстройств
 - d) заикании
 - e) все ответы верны

3. Неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях называется:

- a) олигофазией
- b) тугоподвижностью
- c) разорванностью
- d) обстоятельностью
- e) все вышеперечисленное

4. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:

- a) гипермнезию
- b) конфабуляции
- c) ускорение ассоциаций
- d) явления отвлекаемости со «скачкой идей»
- e) идеаторную «спутанность»

5. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
- b) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места,
- c) наличия выраженного аффективного напряжения
- d) «склонности» убеждений при определенных условиях с течением времени дезактуализироваться, блекнуть и исчезать
- e) целиком ошибочных, неправильных умозаключений

6. Обсессивный синдром характеризуется:

- a) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т. д. помимо желания
- b) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
- c) затруднением преодоления препятствий

- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

7. К отвлеченным навязчивостям относится все перечисленное, исключая:

- a) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
- b) навязчивый счет
- c) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
- d) навязчивое чувство антипатии
- e) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

8. Навязчивое чувство антипатии характеризуется:

- a) возникновением помимо воли и вопреки действительному отношению чувства неприязни, ненависти, отвращения к человеку
- b) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства
- c) невозможностью избавиться от него
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

9. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего большого
- b) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
- c) наличия конкретного содержания
- d) неопределенного чувства страха без понимания его бессмысленности
- e) возможности быть всеохватывающим

10. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:

- a) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий
- b) сомнение в правильности и точности исполнения
- c) стремление проводить перепроверки
- d) успокоение большого многократными проверками
- e) возможность продолжаться до бесконечности

11. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме:

- a) неустранимой вопреки юле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
- b) ощущения воздействия посторонней силы
- c) отношения к образным (чувственным) навязчивостям
- d) близости к навязчивым сомнениям
- e) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий

12. К навязчивым ритуалам относится все перечисленное, кроме:

- a) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
- b) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
- c) действий, имеющих значение заклинаний, защиты
- d) действий, воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья ил преодоления другого вида навязчивости

13. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:

- a) несоответствия действительности
- b) доступности к коррекции, устранению путем убеждения
- c) искажения отражения действительности
- d) полного овладения сознанием
- e) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

14. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) нарушения абстрактного познания действительности
- b) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
- c) крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции
- d) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда
- e) наличия галлюцинаций

- 15. Синдрому интерпретативного бреда (бреда толкования) свойственно все перечисленное, кроме:**
- a) преобладания образных представлений, наличия растерянности
 - b) стойкости и прогрессирования
 - c) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
 - d) превращения бредовых идей в постоянное воззрение
 - e) повышенной активности
- 16. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме:**
- a) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
 - b) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований
 - c) преобладания воображения, фантазии, грез
 - d) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
 - e) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств
- 17. Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное, кроме:**
- a) бреда инсценировки, интерметаморфозы
 - b) антагонистического бреда
 - c) грандиозности, мегаломаничности переживаний
 - d) чередования страха и экстаза, боязливости и патетики
 - e) все перечисленное
- 18. Аффективному бреду свойственно:**
- a) возникновение вместе с эмоциональными расстройствами
 - b) наличие лишь относительной логической последовательности содержания
 - c) отсутствие необратимых изменений личности
 - d) сравнительно неглубокое и неинертное расстройство психической деятельности
 - e) все перечисленное

19. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме:

- a) сохранения в качестве моносимптома
- b) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
- c) обязательного появления изменений личности
- d) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
- e) последующего восстановления критического отношения к бреду

20. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:

- a) все происходящее сделано специально
- b) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
- c) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
- d) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних больные узнают родных
- e) всем перечисленным

21. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:

- a) сочетанием бреда преследования, воздействия
- b) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями
- c) разнообразностью содержания (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования)
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

22. Идеаторные автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- a) мнимого воздействия на процессы мышления и психическую деятельность
- b) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
- c) чувства «сделанности» неприятных ощущений
- d) чувства «отнятия» мыслей, чувства их «сделанности», разматывания воспоминаний
- e) верно a), b) и d)

23. Сенсорные автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- a) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
- b) разнообразного характера «сделанных» ощущений
- c) «сделанного» настроения
- d) чувства «сделанного» жара или холода, болезненных ощущений в частях тела
- e) необычности, вычурности ощущений

24. Моторные автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- a) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
- b) убеждения больного, что его действиями руководят, двигают его конечностями
- c) «отнятия мыслей», разматывания воспоминаний
- d) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
- e) речедвигательных автоматизмов

25. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:

- a) чувственным бредом
- b) отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств
- c) выраженностью всех форм психических автоматизмов
- d) аффектом страха, тревоги, растерянностью, кататоническими расстройствами
- e) всем перечисленным

26. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:

- a) склонностью к систематизации бредовых расстройств
- b) частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации
- c) отсутствием растерянности, яркости аффекта
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

-
- 27. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется:**
- a) преобладанием псевдогаллюцинации
 - b) небольшим удельным весом психических автоматизмов
 - c) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 28. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется:**
- a) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
 - b) большим удельным весом психических автоматизмов
 - c) относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 29. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:**
- a) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменений аффекта
 - b) правдоподобности высказываний
 - c) очевидности для больных и неоспоримости их утверждений
 - d) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
 - e) антагонистического бреда
- 30. Хроническая парафрения проявляется:**
- a) стабильностью бреда
 - b) монотонностью аффекта
 - c) сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного

**Вопросы, включенные в билеты
к курсовому экзамену**

1. Нарушение ассоциативной деятельности (количественные и качественные расстройства процесса мышления). Основные симптомы, их диагностическое значение.

2. Бред (определение, клинические формы, диагностические значение, социально-опасное поведение больных). Сверхценные идеи, их отличие от бреда.

3. Навязчивые состояния (определение, разновидности, диагностическое значение). Отличие навязчивостей от бреда.

4. Основные бредовые синдромы (паранойальный, параноидный, парафренный). Их динамика, диагностическое значение, социально-опасное поведение больных.

5. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Примеры различных автоматизмов. Диагностическое значение.

ТЕМА 3. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Содержание: изучение патологии эмоциональной сферы.

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройства эмоций, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с расстройствами эмоций.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами патологии эмоций, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней; ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств эмоций;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств эмоций у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с нарушением эмоций, на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами эмоций;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.

6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

1. Вводная часть.

Эмоции или чувства — это переживание нашего отношения к окружающей объективной действительности и к самим себе. *Эмоциональная сфера* — неотделимая важная сторона единой психической деятельности. Эмоции делятся на высшие и низшие, в последних ярко отражается общественный и социальный характер человеческих чувств.

Общее эмоциональное состояние за какой-либо отрезок времени называется *настроением*, оно является относительно стабильным, зависит от преобладания положительных или отрицательных эмоций. Изменение настроения нельзя рассматривать.

Вне связи с общим состоянием организма, с социальной жизнью, трудом, удовлетворением различных интересов человека.

Эмоции тесно связаны с процессом познания, без них не возможна никакая человеческая деятельность. Эмоции всегда проявляются в движениях,

мимике, сопровождаются изменением состояния вазомоторов и вегетатики, указывается на интимную связь эмоций с состоянием здоровья человека, сердечно-сосудистой системы. У здорового человека эмоциональные реакции мотивированы. Врачу любой специальности всегда приходится изучать жалобы больного, а это словесный отчет о качестве его эмоционального состояния. Определяется значение затяжных отрицательных эмоций в возникновении психогенных заболеваний, фиксируется внимание на патогенных заболеваниях.

Физиологической основой эмоций является сложное взаимоотношение между корковыми и подкорковыми процессами. Первой афферентной инстанцией в сложных соотношениях с окружающей средой является подкорковая область, особенно гипоталамус, это находит свое отражение в сложных безусловных рефлексах — инстанциях. Однако, ведущая роль в эмоциональной жизни человека играет кора головного мозга. Всякая эмоциональная реакция человека опосредована корой и детерминирована условиями социальной среды.

2. Эмоциональные расстройства.

Патологические изменения в эмоциональной сфере являются ранними проявлениями ряда психических заболеваний, неопределима роль характера, эмоциональных изменений при дифференциальном диагнозе и, наконец, ряда психических заболеваний представляет собой преимущественное расстройство эмоциональной сферы.

При разборе больного характеризуется:

- 1) Маниакальное состояние: повышенный фон настроения, ускорение ассоциативного процесса, резкое усиление двигательной активности, расстроено внимание, высказываются идеи переоценки собственной личности. Уточняются степени маниакального состояния: гипоманиакальное состояние, маниакальное состояние, гневливая мания, маниакальная спутанность. При инфекциях и интоксикация наблюдается астено-маниакальное состояние (тонзиллогенный психоз, акрихиновый психоз), отличается быстрой истощаемостью больных, большей яркостью симптоматики по утрам. Маниакальное состояние необходимо дифференцировать от схожих состояний: при органическом поражении головного мозга наблюдается веселость с нелепой дурашливостью — мория, или расторможенность — ускорение ассоциативного процесса с повышением двигательной активности по типу легкомыслия поступков без повышенного фона настроения; при эпилепсии иногда на-

блюдается состояние экстаза; при прогрессивном параличе — благодушие, беззаботное настроение при отсутствии стремления к деятельности и наличии слабоумия. Подчеркивается состояние безмятежного, безоблачного, повышенного настроения — эйфории, наблюдается при наркомании, тяжелых соматогениях, областях головного мозга.

2) Депрессивное состояние. Демонстрация больного с депрессивной фазой маниакально-депрессивного психоза, подчеркивая угнетенное настроение, замедленное течение ассоциативного процесса, двигательную заторможенность. Указывая на характерные соматические изменения, отказ от пищи, возможно развитие мучительного притупления психической чувственности или своеобразной утраты яркости восприятия окружающего мира — гипопатии.

При демонстрации больного с инволюционной депрессией разъясняется выраженность тревоги, суетливости, характерных бредовых идей самоуничтожения и нигилистических. Прослеживаются основные характерные черты при разборе больного с реактивной депрессией: обязательное отражение в клинической картине психогений, отсутствие постоянной двигательной заторможенности, возможность эффекта от психотерапии (дезактуализации психической травмы). Обязательно указывается на необходимость строгого надзора для депрессивных больных в связи с суицидальными стремлениями, которые они обычно диссимулируют.

3) При инфекционных заболеваниях (особенно у детей) наблюдается состояние эмоциональной гиперэстетической слабости: повышенная чувствительность, ранимость, впечатлительность, обидчивость, неустойчивость настроения.

4) Слабодушие (состояние чрезвычайной чувствительности) клинически выражается в легком переходе от состояния благодушия к слезливости и обратно в зависимости от впечатлений минуты.

5) Своеобразное расстройство эмоциональной деятельности происходит при шизофрении. Вначале это эмоциональная парадоксальность или амбивалентность, иногда дурашливость, а затем начинает проследиваться тенденция к прогрессированному угасанию эмоциональной жизни вплоть до состояния эмоциональной тупости. При выявлении эмоционального снижения существенное значение имеет интонации голоса, которые лишены модуляций, а также отсутствие соответствующей мимики, вегето-сосудистого компонента при ответах на вопросы, касающиеся наиболее волнующих ситуаций.

6) Эмоциональный взрыв носит название аффекта. Физиологические аффекты часто наблюдаются у здоровых людей, при этом понижается возможность управления и сдерживания своих поступков, понижается самообладание, но не достигает степени патологии. Патологический аффект наблюдается крайне редко и представляет собой прежде всего болезненное состояние (старое название — умоисступление), немотивированные действия, суженное сознание с последующей амнезией и астенией вплоть до наступления сна — основные признаки этого психотического состояния, установления которого необходимо при судебно-медицинской экспертизе.

При знакомстве студентов с каждой формой эмоциональной патологии в процессе разбора больных обязательно обращается внимание на применение психотропных средств (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, стимуляторы), а также возможных осложнениях при их применении.

3. В процессе собеседования уделяется внимание эмоциям — как форме отражения объективной реальности, подчеркивается субъективная сторона эмоции — переживание своего отношения к окружающему миру и к самому себе.

Выделяют эмоции, связанные с удовлетворением естественно-биологических потребностей и высшие эмоции (интеллектуальные, моральные, этические и эстетические). Особенно подчеркивается роль общественного сознания в формировании эмоции человека и главенствующее значение высших эмоций (чувств).

Уточняется понятие о роли положительных и отрицательных эмоций, астенических и стенических в организации познавательной деятельности, практики и поведения человека.

Коротко даются сведения о морфологическом субстрате эмоций, о роли лимбической системы в реализации эмоциональных реакций. Освещается физиологическая сущность эмоций — универсальных реакций организма на внешние воздействия (П. К. Анохин). Даются понятия о гормональных, обменных, вегетативных, двигательных проявлениях эмоциональной реакции человека.

Дается краткое определение таких разновидностей эмоций, как настроение, аффект, страсть. Подчеркивается стрессовый характер аффекта. Дается понятие физиологического и патологического аффектов. Указывается на наличие временных расстройств психической деятельности при патологическом аффекте и на его значение в судебно-психиатрической практике.

Разрабатываются аффективные нарушения с преобладанием повышенного фона настроения — гипертимии. Демонстрируются больные с повышенным фоном настроения. Указываются основные признаки маниакального состояния: повышенное настроение, ускоренное течение ассоциаций, отвлекаемость, двигательное возбуждение по типу стремления к деятельности. Дается характеристика мании — веселости с нелепой дурашливостью, экстаза — болезненного восторженного состояния, иступление без психического оживления, эйфории — благодушно-беззаботного настроения без стремления к деятельности.

При разборе больных указываются данные эмоциональные нарушения. Обращается особое внимание на возможность проявления эмоциональных расстройств в течение соматогенных, инфекционных и интоксикационных заболеваний. Например, астено-маниакальное при туберкулезе легких состояние, интоксикаций алкоголем и др.

Рассматриваются аффективные нарушения с преобладанием пониженного фона настроения — гипотимии.

4. При демонстрации больных дается описание основных признаков депрессивного состояния — тоскливое настроение, идеомоторная заторможенность, склонность к суицидальным мыслям и поступкам. Указываются клинические разновидности депрессий: эндогенная депрессия с идеомоторной заторможенностью, предстарческая депрессия с ажитацией, психогенная депрессия без выраженной двигательной заторможенности с сосредоточенностью всех переживаний на обстоятельствах психической травмы, астено-депрессивные состояния с отчетливо выраженными признаками психической астении при различных соматических заболеваниях (ревматизм, сердечно-сосудистые заболевания, генерализованные соматические заболевания, заболевания щитовидной железы).

Описываются состояния (скорбные, бесчувственные), гипопатии. Дается характеристика дисфории — тоскливо-злобного настроения с раздражительностью, взрывами гнева и агрессивности. Особо фиксируется внимание на необходимость строгого надзора за больными с пониженным фоном настроения в связи с возможностью самоубийства.

Рассматриваются формы эмоциональной лабильности: раздражительная слабость с быстрой истощаемостью, слабодушие — неустойчивость эмоций с легкой зависимостью от впечатлений; недержание аффекта — быстрое появление слез и такое же быстрое появление улыбки. Указываются соматические заболевания, инфекций, сосудистые заболевания, органические

поражения мозга, при которых наиболее часты различные формы эмоциональной неустойчивости.

Разбираются эмоциональные нарушения, сопровождающиеся оскудением эмоций: апатия — состояние безразличия, равнодушия; эмоциональная тупость — опустошение, отчуждение эмоций; неадекватность эмоций — появление чувств, не соответствующих реальной ситуации; амбивалентность — одновременное проявление противоположных чувств. Указывается, что наиболее часто оскудение эмоций, парадоксальная эмоциональность проявляется при шизофрении.

5. В заключение разбора еще раз останавливаются на основных синдромах эмоциональных расстройств. На педиатрическом факультете особо подчеркивается частота эмоционально-гиперэстетической слабости у детей при различных заболеваниях.

Обращается внимание на особенности выявления эмоционального состояния у психических больных (изучение облика, мимики, поз, поведения, вегетативных реакций и др.).

Наряду с демонстрацией больных на занятиях могут быть использованы таблицы, диапозитивы, атлас психиатрии, магнитофонные записи, творчество больных.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Понятие об эмоциях, как процессе отражения человеком своего отношения к окружающему миру, самому себе, к удовлетворению или неудовлетворению его потребностей.
2. Классификация эмоций.
3. Понятие о патологическом и физиологическом аффекте.
4. Расстройства настроения: мания, эйфория, экстаз, депрессия, дисфория, эмоциональная лабильность, гипопатия, апатия.
5. Маниакальный синдром.
6. Депрессивный синдром, его варианты. Маскированная депрессия.
7. Заболевания, при которых встречаются мания и депрессия.
8. Пограничные варианты аффективных расстройств настроения: циклотимия, листимия.
9. Особенности эмоций в детском возрасте.
10. Терапия расстройств эмоций

Тестовые задания по теме занятия

- 1. Апатическому синдрому свойственны:**
 - a) болезненная психическая анестезия
 - b) эмоциональное отупение
 - c) оглушение
 - d) дереализация
 - e) ни одно из названных

- 2. Смутное предчувствие неопределенной опасности — это:**
 - a) дисфория
 - b) тревога
 - c) ажитация
 - d) паника
 - e) страх

- 3. Дисфорией называется:**
 - a) тоскливо-злобное настроение
 - b) эмоциональная неустойчивость
 - c) угасание высших чувств при сохранности низших эмоций
 - d) все вышеперечисленное
 - e) ни одно из названных нарушений

- 4. Синдром, при котором наблюдается полное равнодушие ко всему, отсутствие спонтанных побуждений:**
 - a) кататонический синдром
 - b) дереализация
 - c) депрессивный синдром
 - d) апатико-абулический синдром
 - e) астенический синдром

- 5. Ведущим нарушением эмоциональной сферы при шизофрении является:**
 - a) эмоциональная неустойчивость
 - b) мания или депрессия
 - c) дисфория
 - d) слабодушие
 - e) эмоциональная тупость

6. Для дистимии характерны:

- a) дисфория
- b) гипопатия
- c) гипестезия
- d) апатия
- e) ни одно из перечисленного

7. Наиболее значимым диагностическим критерием патологического аффекта является:

- a) наличие агрессии
- b) наличие расстройств сознания
- c) наличие аутоагрессии
- d) наличие расстройств эмоциональной сферы
- e) наличие умственной отсталости

8. Какой вид эмоциональной патологии наиболее характерен для эпилепсии:

- a) апатия
- b) эмоциональная тупость
- c) депрессия
- d) эйфория
- e) дисфория

9. Недержание эмоций — это:

- a) патологический аффект
- b) экстаз
- c) слабодушие
- d) дисфория
- e) мория

10. Классическая депрессивная триада характеризуется:

- a) эмоциональным торможением
- b) двигательным торможением
- c) идеаторным торможением
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

- 11. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:**
- a) аффекта тоски
 - b) двигательного торможения
 - c) меланхолического возбуждения (раптус)
 - d) идеаторного торможения
- 12. К признакам депрессивного двигательного торможения относится все перечисленное, исключая:**
- a) замедление движений
 - b) бедность мимики
 - c) ощущение мышечной слабости
 - d) манерность
 - e) явления депрессивного ступора
- 13. Каким термином обозначается испытываемое большинством людей «среднее настроение»**
- a) эйфория
 - b) экфория
 - c) дисфория
 - d) гипопатия
 - e) эутимия
- 14. К соматическим признакам депрессии относятся:**
- a) запоры
 - b) дисменорея
 - c) похудание
 - d) все перечисленное
 - e) ничего из перечисленного
- 15. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии:**
- a) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
 - b) наличие или отсутствие в анемических депрессиях компонента гипопатии
 - c) депрессивный ступор
 - d) все перечисленное
 - e) ничего из перечисленного

16. К простым вариантам маниакального синдрома относится все перечисленное, кроме:

- a) гневливой мании
- b) веселой мании
- c) спутанной мании
- d) мании с чувственным бредом
- e) непродуктивной мании

17. С наличием гапоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления:

- a) повышенный аппетит
- b) нарушение сна
- c) расторможение влечений
- d) все перечисленное
- e) ничего из перечисленного

18. Маниакальная триада характеризуется:

- a) повышенным настроением
- b) ускорением ассоциаций
- c) двигательным возбуждением
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

19. Признаками гипоманиакального состояния являются:

- a) повышенная активность
- b) повышение настроения
- c) нарушение сна
- d) все перечисленное
- e) ничего из перечисленного

20. Депрессивная триада — это

- a) снижение настроения + гипербулия + идеи неполноценности
- b) снижение настроения + идеи самообвинения + усиление депрессии к вечеру
- c) снижение настроения + расторможение влечений + гипобулия
- d) снижение настроения + заторможенность мышления + двигательная заторможенность

21. Маниакальная триада — это

- a) повышение настроения + ускорение мышления + интенсификация деятельности
- b) повышения настроения + тахикинезия + гипербулия
- c) повышения настроения + гипермнезия + гипербулия
- d) повышения настроения + гиперактузия + булимия

22. Дисфория — это

- a) глубокая печаль при депрессии
- b) чувство подавленности
- c) мрачное, угрюмое, раздражительно-обозленное настроение
- d) неустойчивость настроения

23. Эйфория — это

- a) особый вид мании
- b) градация мании
- c) радостное настроение
- d) безмятежно-благодущное блаженство с недостатком критики к своему состоянию

**Вопросы, включенные
в билеты к курсовому экзамену**

1. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.

2. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.

3. Синдромы аффективных расстройств (депрессивный, маниакальный, апатико-абулический). Определение, структура, сопутствующие соматовегетативные расстройства, диагностическое значение. Понятие маскированной депрессии.

ТЕМА 4.

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

Содержание: изучение расстройств памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии, амнестический синдром); изучение патологии интеллекта; диагностическое значение.

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройства памяти, интеллекта, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с расстройством памяти и интеллекта.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами патологии памяти, патологии интеллекта, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней; ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств памяти, интеллекта;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств памяти, интеллекта у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с нарушением памяти, интеллекта; на основе психопатологического метода (выделение и оценка отдельных психопатологических феноменов, различение симптомов нарушения чувственной и мыслительной сфер деятельности, объединение их в ведущие синдромы);
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами памяти, интеллекта;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

Память

1. Вводная часть.

В начале указывается, что память — это одна из важнейших и необходимых свойств психики человека, в физиологической основе которых лежит система условных рефлексов. Память — это общемозговая функция, в которой участвуют все разделы головного мозга. Кратко упоминается, что память

подразделяется на различные виды (произвольная, непроизвольная; кратковременная, долговременная; словесно-логическая, двигательная, эмоциональная; зрительная, слуховая, смешанные виды).

Напоминается и об основных функциях памяти — фиксация и воспроизведение (ретенции и репродукции). Указывается, что память одна из основных предпосылок интеллекта. Фиксируется внимание студентов на различных нарушениях памяти. Выделяется понятие дисмнезии — ослабление памяти, снижение способности запоминания, сохранения и воспроизведения, что присуще многим психическим заболеваниям. Наиболее частый вариант — затруднение воспроизведения — даты, хронологических событий, терминов, типичные для сосудистых заболеваний головного мозга (гипертоническая болезнь, атеросклероз), астенических и депрессивных состояний. При гипоманиакальных состояниях иногда отмечается легкость возникновения образных воспоминаний, всплывающих в виде ярких чувственно-конкретных представлений — гипермнезия. Более подробно разбираются виды амнезии — выпадение памяти на определенных отрезках жизни человека или избирательно каких-либо событий (часы, дни, месяцы), непосредственно предшествующие нарушению сознания (травмы головного мозга, мозговая сосудистая катастрофа, кома, ретроградная амнезия). Антеградная амнезия — это утрата воспоминаний событий, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния, причем, поведение больных в периоды, исчезнувшие затем в памяти, абсолютно правильное.

Фиксационная амнезия — отсутствие памяти на текущие события, развивающаяся наиболее часто при атеросклерозе и являющиеся основным признаком синдрома Корсакова (алкогольная энцефалопатия, травма и другие органические поражения головного мозга).

Прогрессирующая амнезия — утрата способности запоминать и постепенное снижение запасов памяти, происходящее в закономерной последовательности (по закону Рибо) обратной их накоплению — от нового к старому, от индивидуального, избирательного к общему. Типично для прогрессирующих органических изменений головного мозга и являющихся признаком нарастающей деменции. Психогенная амнезия: больной забывает травмирующие его события, связанные с тяжелым переживанием. Выделяют отдельно парамнезии — ложные воспоминания которые заполняют пробелы в памяти, развивается в результате того или иного вида амнезии.

Конфабуляции: содержание их могут быть возможные в прошлом события или фантастические вымыслы самого невероятного содержания. Отмечается, что конфабуляции встречаются не только при наличии амнезии,

но и при парафренном бреде конфабуляторной спутанности, когда обильные конфабуляции сопровождаются ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления.

Псевдореминисценции, заполняющие провалы памяти, характеризуются воспроизведением действительно имевших место событий в прошлом, как в первые возникшие.

Криптомнезия — прочитанные или увиденные во сне, или имеющие отношение к другим лицам, события вспоминаются, как события, происшедшие в действительности с самим больным. Затем выделяются синдромы, в структуру которых входят те или иные нарушения памяти.

2. *Корсаковский синдром* (амнестический симптомокомплекс).

Возникновение этого симптомокомплекса всегда бывает связано с тяжелым, остро или постепенно наступившим, повреждением головного мозга при сниженных возможностях компенсации, его нарушенных функций.

Важнейшим патогенетическим фактором является гипоксия мозга. При этом наступает гибель части нейронов. Корсаковский синдром развивается, как правило, после расстройства сознания, чаще характера комы, с выходом из нее через аментивное или оглушенное состояние. Более редко делириозный дебют. Возможно и постепенное его развитие на фоне ясного сознания, что наблюдается при заболеваниях, с самого начала своего развития, приводящих к грубым нарастающим деструктивным изменениям в ЦНС (прогрессивный паралич, церебральный атеросклероз).

Проявляется Корсаковский синдром с нарушением запоминания и воспроизведением текущих недавних событий (частично страдает и долговременная память) в сочетании с парамнезиями, чаще конфабуляциями, при интенсивном наплыве которых состояние достигает конфабулярной спутанности, которую бывает трудно отличить от помрачения сознания.

Больные дезорганизованы во времени, с трудом запоминают имена, находят палату, не помнят содержание только что прочитанного. При воспроизведении событий прошлых лет часто страдает хронология.

Во всех случаях Корсаковский синдром сопровождается расстройством других психических функций: восприятие внимания, мышления, интеллекта и эмоционально-волевой сферы.

В клинике психозов Корсаковский симптомокомплекс сочетается с оглушенностью сознания, апатико-абулическим, астено-депрессивным, эйфорическим, бредовыми состояниями и с явлениями снижения интеллекта.

Имеет 3 типа течения: регрессионный, стационарный, прогрессирующий. Исход может быть благоприятным и неблагоприятным, но трудоспособность резко утрачивается. Реадаптация больных в быту, во взаимоотношениях с другими людьми остается в большей степени сохранной, чем в условиях производственного труда.

3. *Психоорганический синдром* — состояние общей клинической беспомощности со снижением памяти, ослаблением понимания, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюеля). Возникает он в результате развития внутримозговой патологии (сосудистого, травматического, инфекционного, интоксикационного генеза, а также при любой соматической патологии, сопровождается анорексией, гипоксией и токсикообменными нарушениями мозговой ткани). При прогрессировании психоорганического синдрома развивается слабоумие.

4. *Астенический синдром*, основной частью которого является рассеянное внимание, затрудненное запоминание нового и воспроизведение необходимого в данный момент материала памяти. Слабоумие, представляющее собой совокупность негативных изменений (явление «выпадения»), врожденное и приобретенное, сопровождается нарушением памяти различной интенсивности в зависимости от его степени или стадии развития.

Интеллект

1. Вводная часть.

Указывается на трудности при определении интеллекта и условность дифференциации понятий мышление и интеллект (сложная синтетическая познавательная деятельность, тончайшее соотношение организма с окружающим миром, анализ и синтез условных рефлексов есть то, что мы называем умственные способности человека, целостное понятие, в котором форма и содержание мышления, входят как составная часть.

Подчеркивается значение для интеллектуальной деятельности комплекса условий и т. н. «предпосылок» для интеллектуальной деятельности: память, внимание, трудоспособность, запас знаний.

2. К разбору больных с патологией интеллекта. Дается определение *слабоумия* (стойкое нарушение ума, необратимое снижение интеллектуальной деятельности, с изменениями личности) и выделяются его разновидности: врожденное и приобретенное слабоумие.

Уточняются основные признаки приобретенного слабоумия или деменции:

- 1) развитие деменции в связи с органическим поражением головного мозга;
- 2) определенная последовательность или этапность появления признаков слабоумия, прогредиентность течения прогрессирующее, стационарное, элементы регресса в процессе лечения;
- 3) атрофически-дегенеративные изменения в головном мозгу.

Особо подчеркивается необходимость дифференциации дементирующего процесса в динамике: начальный этап — преобладание в головном мозгу воспалительных явлений, выраженные признаки деменции, деменция как исходное состояние и важность своевременной диагностики для эффективной терапии.

Основные принципы дифференциации слабоумия: локализация, нозологическая форма.

Типы слабоумия: глобальное, тотальное, общее, диффузное (прогрессирующее выпадение интеллектуальных функций, грубое ослабление запоминания, распад мышления, отсутствие критики) и парциальное, системное, лакунарное, частичное, дисмнестическое (выпадение отдельных функций интеллекта с сохранением ядра личности и сознания болезни).

Дается в зависимости от состав больных, клиническая характеристика основных вариантов деменции: паралитическое слабоумие (нарастающее снижение критики, эмоциональные расстройства, потеря способности к правильным суждениям), эпилептическое или концентрическое (затруднения в приобретении новых знаний, вязкость мышления), травматическое (системные выпадения, в частности — патологичность памяти), артериосклеротическое (снижение памяти, слабодушие), шизофреническое (несоответствие между запасом знаний, суждениями и произвольной деятельностью).

Обсуждаются основные причины дементирующего процесса в детском возрасте эпилепсия, вирусные энцефалиты, токсико-аллергические энцефалиты) и особенности деменции у детей и подростков (дементирующий процесс в сочетании с вторичной задержкой интеллектуального развития.

3. К разбору больных с врожденным слабоумием дается определение врожденного слабоумия или умственной отсталости (клинические проявления дизонтогении головного мозга с психическим недоразвитием, ма-лоумие).

Кратко уточняются причины: генетический фактор, патология беременности и родового акта, резус-конфликт, перенесенные мозговые заболе-

вания в первые три года жизни ребенка и клиническая картина: особенности психофизического развития (задержка ходьбы, речи, хорошая механическая память, конкретно-образное мышление).

Три степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность, указывается значительное преобладание врожденного слабоумия над деменцией в детском возрасте.

Обращается особое внимание на важность профилактики и социальной адаптации: своевременное направление детей в специальные школы (интернаты), трудоустройство и трудоустройство.

4. К методике обследования больных с патологией интеллекта. Определяется запас знания с учетом возраста, образования и культурного уровня, способность к суждениям, умозаключениям (элементарные обобщения, переносный смысл пословиц), составление рассказа по серии сюжетных картинок, наличие и отсутствие критического отношения к своим интеллектуальным затруднениям.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Процессы памяти, виды памяти, физиологические и биохимические механизмы.
2. Гипомензии и гипермнезии.
3. Амнезии, их виды.
4. Парамнезии, их виды.
5. Корсаковский синдром.
6. Заболевания, при которых наблюдаются расстройства памяти.
7. Методы медицинской помощи больным с расстройствами памяти.
8. Методы психологического исследования расстройств памяти.
9. Определение интеллекта.
10. Понятие о предпосылках интеллекта (память, речь, запас знаний и навыков, умственная
11. работоспособность, внимание).
12. Виды слабоумия: олигофрения (умственная отсталость), деменция.
13. Олигофрения, ее степени (идиотия, имбецильность. дебильность).
14. Пограничная умственная отсталость.
15. Парциальные формы недоразвития умственной деятельности (инфантизм, расстройства школьных навыков).

16. Медицинская и социальная помощь больным с умственной недостаточностью.
17. Деменция, виды деменции.
18. Медицинская и социальная помощь больным с деменцией.
19. Методы психологического исследования больных с недостаточностью интеллекта.

Тестовые задания по теме занятия

1. **Врожденное слабоумие (олигофрения) подразделяется на:**
 - a) дебильность
 - b) имбецильность
 - c) идиотию
 - d) верно все перечисленное
 - e) неверно все перечисленное
2. **Приобретенное слабоумие (деменция) встречается в виде:**
 - a) парциального (лакунарного)
 - b) тотального (глобального)
 - c) маразма (глубокого психического распада)
 - d) верно все перечисленное
 - e) неверно все перечисленное
3. **Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, заполняя провалы в памяти, называется:**
 - a) конфабуляцией
 - b) реминисценцией
 - c) псевдореминисценцией
 - d) перфорационной амнезией
 - e) гипомнезией
4. **К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме:**
 - a) дисмнезии
 - b) амнезии
 - c) конфабуляции
 - d) парамнезии
 - e) «сделанных» воспоминаний

5. Ослабление избирательной репродукции памяти проявляется:

- a) ранним появлением ухудшения памяти
- b) затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
- c) в первую очередь затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

6. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
- b) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
- c) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
- d) распространения подобного забвения на различный период

7. Антероградная амнезия характеризуется:

- a) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- b) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
- c) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
- d) ничем из перечисленного
- e) всем перечисленным

8. Фиксационная амнезия характеризуется:

- a) потерей способности запоминать
- b) отсутствием памяти на текущие события
- c) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

9. Утрата памяти — это:

- a) амнезия
- b) аномия
- c) деперсонализация
- d) деменция

10. Все следующее верно в отношении олигофрении, кроме:

- a) является врожденной или возникает в первые годы жизни
- b) течет прогрессивно
- c) выражается в недоразвитости психических функций
- d) полноценное обучение в общеобразовательной школе невозможно
- e) возможно возникновение психозов

11. Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме:

- a) IQ выше 70%
- b) могут обучаться только в специальных школах
- c) могут научиться писать и читать
- d) можно обучить несложной профессии
- e) могут проживать самостоятельно

12. Все следующие мероприятия следует проводить в отношении больных с дебильностью для наибольшей адаптации, кроме:

- a) воспитание навыков самообслуживания
- b) профессиональное обучение
- c) постоянное лекарственное лечение и психотерапия
- d) физическое воспитание
- e) поощрение стремления к общению и творчеству

13. Укажите, при какой области поражения мозга наблюдаются аспонтанность, снижение мотиваций и изменение личности и благодушие:

- a) лобные доли
- b) височные доли и лимбическая система
- c) теменные доли
- d) затылочные доли
- e) ретикулярная формация и locus coeruleus

14. Укажите, при каком из перечисленных заболеваний наблюдаются нарушения памяти и интеллекта:

- a) прогрессивный паралич
- b) сосудистые заболевания мозга
- c) травмы головного мозга
- d) опухоли головного мозга
- e) все перечисленные выше заболевания

15. Укажите, при каких из перечисленных заболеваний наблюдается концентрическое слабоумие:

- a) истерический невроз
- b) невроз навязчивости
- c) эпилепсия
- d) шизофрения

**Вопросы, включенные в билеты
к курсовому экзамену**

1. Расстройства памяти. Их основные виды. Заболевания, при которых наблюдаются расстройства памяти.

2. Корсаковский синдром, определение, психопатологическое содержание, диагностическое значение.

3. Понятие интеллекта. Способы оценки интеллекта и степени его снижения. Олигофрения (определение, причины возникновения, степени). Проблема социально-трудовой адаптации при олигофрении.

4. Слабоумие (определение, клинические варианты). Виды приобретенного слабоумия, заболевания с которыми они связаны.

ТЕМА 5.

ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Содержание: изучение патологии воли, влечения и внимания.

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройств воли, влечения и внимания, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с волевыми расстройствами и расстройствами влечений.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами волевых расстройств, расстройств влечений и внимания, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней; ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств воли, влечения и внимания;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств воли, влечения и внимания у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с этими расстройствами, на основе психопатологического метода;
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами воли, влечения и внимания восприятия;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.

7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

1. Воля — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только человеку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями. У человека в процессе социально-исторического развития образовались формы приспособления к окружающей среде на основе дифференцированных условно-рефлекторных реакций и произвольного контролирования инстинктов.

В волевом процессе различают следующие этапы:

- 1) побуждение, осознание цели и стремление достичь ее;
- 2) осознание ряда возможностей достижения цели;
- 3) борьба мотивов и выбор;
- 4) принятие одного из возможных решений;
- 5) осуществление принятого решения.

Совокупность желаний, побуждений, стремлений, приобретающих характер мотивационной деятельности, составляет мотивационную сферу.

В мотивационную сферу включаются как осознаваемые (волевые), так и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т. д.).

Волевые нарушения могут относиться как к уровню побуждений к деятельности и осознания цели, т. е. формирования мотива, адекватности мотивов свойствам личности и ситуации, так и принятия решения, соответствующего поведения на всех этапах волевого процесса.

2. Симптомы волевых нарушений.

Нарушения волевых побуждений.

Абулия (от греч. *bule* — воля), или дисбулия, — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. За абулией обычно следует адинамия (греч. *adinamie* — бессилие) — уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.

Абулия наблюдается при различных патологических процессах, прежде всего при шизофрении, при различных лобных поражениях и при депрессиях.

Снижение волевой деятельности может привести к высвобождению низших действий — автоматизированных и инстинктивных.

Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто отмечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабление внимания, обеднение мышления, замедление речи могут наблюдаться при состояниях оглушенности.

Гипербулия — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления. Гипербулия наблюдается при маниакальных состояниях, паранойальном синдроме.

При маниакальном состоянии продуктивность деятельности обычно мала из-за быстрой отвлекаемости больных, быстрой смены побуждений. При паранойальном синдроме активность односторонняя, обусловленная бредовыми мотивами.

Парабулия — извращение, изменение волевой активности. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симптомами: например, слуховые галлюцинации устрашающего характера побуждают к агрессивной деятельности и т. д.

3. Нарушения влечений.

Извращение инстинктивных влечений.

Инстинкты играют существенную роль в жизни человека, с возрастом они подвергаются контролю волевой деятельности. Нарушения инстинктивных реакций чаще наблюдаются у детей и подростков. Обычно выделяют нарушения влечения к пище, инстинкта самосохранения, расстройства половых влечений.

Нарушение влечений к пище. Усиление влечения к пище — *булимия* (от греч. bus — бык + limos — голод, голод «волчий», кинорексия) — патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Оно наблюдается при гиперинсулинизме и психических заболеваниях, при умственной отсталости, дефектных состояниях при шизофрении.

На определенном этапе нервной анорексии на фоне отказа от еды появляется непреодолимое влечение к еде, сопровождающееся поеданием огромных ее количеств с последующим вызыванием рвоты. Булимия наблюдается при некоторых состояниях эмоционального напряжения, когда поедание больших количеств пищи снимает его.

Анорексия (an — частица, означающая отсутствие признака или качества, + греч. ogeh — желание есть, аппетит) — утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.

В пубертатном возрасте при нервной анорексии вначале отказ от еды возникает с целью похудения, затем чувство голода угасает и даже появляется отвращение к еде.

Утрата чувства голода наблюдается при психических заболеваниях: депрессии, кататоническом ступоре, тяжелой алкогольной абстиненции. Анорексия со значительным похуданием отмечается при синдромах Симмондса и Шихана.

Полидипсия (от греч. polys — многий, dipsa — жажда) — повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда, встречающаяся чаще всего при эндокринных заболеваниях, однако описаны случаи психогенной полидипсии.

Ларорексия, или пикацизм (от лат. pica — сорока), — извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества.

Копрофагия (от греч. kopros — кал, phagos — пожирающий), или *скатофагия* (греч. син.), — стремление к поеданию собственных экскрементов.

Нарушения инстинкта самосохранения. Эти расстройства могут проявляться обострением защитных реакций, повышенной настороженнос-

тью и готовностью к паническим реакциям, страхами при действии различных раздражителей, особенно болевых.

Ослабление рефлекса самосохранения — исчезновение реакции при возникновении реальной опасности, при болевом раздражении, извращение оборонительного рефлекса при психических заболеваниях проявляется в нанесении себе самоповреждений и суицидальном поведении.

Нарушения полового влечения.

Психосексуальные расстройства — сборная группа нарушений сексуального поведения, которая включает как извращение полового влечения в отношении его объекта (лица того же пола, животные, дети) или способа его удовлетворения (онанизм, петтинг, фроттеризм и др.), так и некоторые нарушения сексуального функционирования при нормальном влечении (психогенная импотенция, вагинизм, фригидность). Некоторые из этих расстройств, проявляющихся извращенным влечением, раньше называли сексуальными, или половыми, психопатиями. Такое название неточно, так как при сексуальных перверсиях (половые извращения) изменения характера и нарушения социальной адаптации могут быть избирательными и касаться только сексуального поведения.

Сексуальные перверсии разделяют на истинные и ложные. При истинных перверсиях извращенное влечение является единственно приемлемым или наиболее предпочитаемым способом удовлетворения. Истинные перверсии чаще бывают врожденными и проявляются с первым пробуждением полового влечения. При ложных перверсиях наряду с извращенным вполне возможно и даже может быть предпочитаемо нормальное половое функционирование. Ложные перверсии всегда приобретенные, они возникают и могут упрочиваться в течение половой жизни. Однако четкую грань между истинными и ложными перверсиями удастся провести далеко не при всех видах половых извращений.

Сексуальные девиации отличаются от перверсий тем, что представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения. Часть из них могут внешне выглядеть как перверсии, но они всегда бывают ситуативно обусловлены (отсутствие объекта для нормального влечения) или преходящими (транзиторными) в периоды гиперсексуальности. Однако в неблагоприятных условиях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации могут упрочиваться и постоянно сочетаться с нормальным половым функционированием или возобновляться всякий раз при вынужденном перерыве нормальной половой жизни, т. е. сексуальные девиации превращаются в ложные перверсии.

Симптоматические перверсии развиваются как одно из проявлений различных психических расстройств: шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и др.

Сексуальные девиации.

Гиперсексуальность — чрезмерное повышение сексуального влечения с потребностью неоднократных половых сношений в течение суток. У мужчин этот феномен называют сатириазисом (Сатир — мифическое существо, отличающееся похотливостью), у женщин — нимфоманией [нимфы — мифические вещества, олицетворяющие силы природы — леса (дриады), моря (нереиды), реки (наяды)]. Иногда бывает следствием органического поражения гипоталамической области мозга.

Эротомания (Эрос — бог любви) отличается от гиперсексуальности тем, что секс занимает всю духовную жизнь, становится ведущей целью и смыслом, не оставляя места другим развлечениям, интересам, обязанностям. Сексуальная потенция при этом может быть невысокой.

Невротические психосексуальные расстройства.

У мужчин к подобным расстройствам относятся психогенная импотенция и преждевременное извержение спермы при половом сношении (ejaculatio praesox), у женщин — фригидность и вагинизм.

Психогенная импотенция — слабая или кратковременная эрекция или ее полное отсутствие при половых сношениях с вызывающей влечение партнершей.

Эякуляторная импотенция (аноргазмия) — встречается относительно редко: при сохранной эрекции и длительном половом сношении не удается достичь оргазма и эякуляции.

Преждевременная эякуляция — извержение спермы в начале полового сношения, иногда даже когда половой член еще не введен во влагалище. Нормально эякуляция наступает не ранее чем через минуту от начала сношения и после не менее 20 фрикций (от лат. frico — тереть), чаще же требуется 30—60 фрикций.

Фригидность (от лат. frigidus — холодный) — неспособность женщины достигать оргазма, несмотря на привлекательность партнера и достаточное число фрикций во время полового акта.

Вагинизм — непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна при введении полового члена или даже при прикосновении к половым органам.

Истинные и ложные перверсии (парафилии).

Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего же пола

Трансвестизм (от древнегреч. vestis — одежда) — патологическое стойкое стремление носить одежду и причёску противоположного пола и играть его роль. Получают наслаждение, когда незнакомые принимают их за представителей другого пола.

Ложный или фетишистский трансвестизм — переодевание в одежду и особенно в белье другого пола для мастурбации. После достижения оргазма эту одежду отбрасывают. При посторонних ее не носят. Этот вид трансвестизма чаще бывает у мужчин.

Транссексуализм — с детства пробуждающееся и на всю жизнь сохраняющееся страстное желание переменить свой пол. Настойчиво добиваются хирургических операций, а также постоянного введения гормонов другого пола, чтобы изменить внешность. После подобной хирургической и гормональной коррекции успокаиваются, добиваются смены паспортного пола.

Фетишизм — потребность в определенной вещи (предметы одежды, белье, обувь, волосы противоположного пола и т. д.), которые прикладывают к половым органам или созерцают перед половым сношением или мастурбацией.

Экспозиционизм (от лат. exhibito — выставять напоказ) встречается у мужчин. Удовлетворение получают от того, что неожиданно показывают незнакомой женщине (в укромном месте или под окном) обнаженный половой член, обычно эрегированный.

Вуайеризм (от фр. voyeur — зритель) — влечение к разглядыванию чужих половых органов и особенно к подсматриванию за половым сношением между другими.

Фроттеризм (от франц. frotter — тереть) — достижение полового возбуждения и оргазма путем трения о тело другого, обычно незаметно для последнего — в тесноте и давке, например в транспорте.

Педофилия (от древнегреч. paides — дети, phileo — любить) — половое влечение к детям.

Геронтофилия (от древнегреч. geron — старец) дословно означает влечение к старикам, но на самом деле к лицам значительно старше себя, обычно в возрасте, соответствующем возрасту собственных родителей.

Инцест (от лат. incestus — кровосмешение, осквернение) — половые сношения с близкими кровными родственниками (отцом, матерью, сыновьями и дочерьми, братьями и сестрами). Запрет на инцест встречается почти у всех народов.

Зоофилия, или скотоложство — половые сношения с животными.

Садизм и мазохизм — потребность во время полового сношения или перед ним причинять партнеру (или испытывать от него) физическую боль или моральные страдания.

Нарциссизм: извращением является мастурбация перед зеркалом, глядя на свое обнаженное тело.

Другие перверсии включают разнообразные способы удовлетворения полового влечения — от изощренной нецензурной брани по телефону неизвестному лицу, за которой обычно следует мастурбация, до вызывания оргазма путем аноксии мозга, достигаемой кратковременным удушением. Описаны казуистические случаи некрофилии (половое влечение к трупам), гомицидомании (влечение к убийству). В большинстве подобные случаи относились либо к шизофрении, либо к тяжелому органическому поражению головного мозга (например, постэнцефалитическому).

Симптоматические перверсии и сексуальные девиации служат одним из проявлений психических расстройств. При шизофрении перверсии весьма разнообразны, иногда одна сменяет другую или они сочетаются. Их отличие — они появляются с началом заболевания и ослабевают или исчезают во время ремиссий. При органических поражениях головного мозга встречаются «неистовый онанизм» с криком, садизм и мазохизм. Во время маниакальных фаз гиперсексуальность может сочетаться с промискуитетом, транзиторным гомосексуализмом.

Импульсивные влечения и импульсивные действия.

Импульсивные влечения — непреодолимые влечения достижения целей, неадекватных реальной ситуации, выполняемых без сопротивления и борьбы, но с последующей критической оценкой.

Импульсивное действие — внезапно совершаемое стремительное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты; признак выраженного психического расстройства.

Дромомания (пориомания) — импульсивное влечение к перемене мест. Под дромоманией принято понимать влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях. В формировании дромомании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с психической травмой, затем уходы становятся привычными, фиксированными, на любую незначительную неблагоприятную ситуацию возникает привычная реакция — уход из дома.

В последующем уходы из дома становятся безмотивными, неожиданными, приобретают характер импульсивности.

Дромомания наиболее характерна для детского и подросткового возраста, но известны случаи, когда, возникнув в детстве, дромомания сохраняется и у взрослых мужчин и женщин, причем женщину не останавливает наличие маленьких детей, здоровье которых во время бродяжничества подвергается опасности.

Дипсомания — влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критическое отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удастся. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблагоприятные поступки: обман, воровство, агрессию для того, чтобы получить желаемое спиртное. В ряде случаев удается выявить предшествующее приступу дипсомании изменение настроения.

Пиромания — влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.

Клептомания (от греч. klepto — красть + мания), или импульсивное воровство, немотивированное влечение к воровству. *Копролалия* (от греч. kopros — кал + lalia — речь) — импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ла Туретта.

Мифомания — непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.

4. Нарушения волевой деятельности.

Нарушения волевой деятельности возможны на уровне принятия решения и на уровне перехода к осуществлению принятого решения.

Навязчивые сомнения. Больной после борьбы мотивов, идти в кино или к друзьям, принимает решение идти в кино, но после этого решения снова возникают сомнения и так бесконечно.

Ригидность принятого решения означает отсутствие его коррекции и гибкости в соответствии с изменившейся ситуацией. Больной из-за этих особенностей не может перейти к осуществлению решения, так как ситуация уже изменилась, а он не может принять другое решение с учетом ситуации. Это наблюдается у ригидных эпилептоидных личностей.

Деятельность по типу «короткого замыкания» возникает внезапно в ответ на эмоциональное состояние: обиду, страх, отчаяние. При этом она совершается без достаточного опознания возможностей достижения цели и борьбы мотивов.

5. Нарушения внимания.

К проявлениям волевой деятельности относится способность сосредоточиваться на объектах восприятия. Сосредоточение может быть пассивным (в основе его лежит безусловный исследовательский рефлекс «что такое?») и активным, свойственным только человеку и выражающимся в том, что человек сознательно сосредоточивается на определенных явлениях, выключаясь, отвлекаясь от других событий и явлений.

Нарушения внимания проявляются в отвлекаемости, при этом человек не может сосредоточиться на нужном объекте, происходит ослабление активного внимания и преобладает пассивное.

Прикованность, застреванность внимания наблюдается при депрессиях. Больные не могут переключиться на другие события, все мысли, воспоминания сконцентрированы на несчастье (если речь идет о реактивной депрессии) и своих тоскливых переживаниях.

Истощаемость внимания наблюдается при органических заболеваниях и астенических состояниях. При истощаемости внимания больные в начале беседы отвечают на вопросы правильно, а затем по мере нарастания истощаемости ответы становятся менее продуктивными. Это отчетливо выступает при счете — отнимании от 100 цифры 7 или 17.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Понятие о волевой деятельности. Нарушения волевых побуждений.
2. Нарушения внимания.
3. Нарушения влечений, их классификация.
4. Нарушения волевых побуждений
5. Нарушение влечений к пище
6. Методы борьбы с отказом от пищи.
7. Нарушения полового влечения
8. Импульсивные влечения и импульсивные действия.
9. Особенности нарушений воли, влечения и внимания у больных в детском или подростковом возрасте.
10. Методы терапии нарушений воли, влечения и внимания.

Тестовые задания по теме занятия

1. **Наличие у больного таких особенностей поведения, как дурашливость, нелепость, импульсивность в сочетании с нецеленаправленностью поведения, называется:**

- a) истерией
- b) гебефренией
- c) ипохондрией
- d) демонстративностью
- e) кататонией

2. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) обездвиженности и застывшего амимичного лица
- b) выраженного депрессивного аффекта
- c) повышения мышечного тонуса
- d) длительно сохранения одной позы
- e) отказа от речи, негативизма

3. Кататонический субступор проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) неполной обездвиженности
- b) ложных воспоминаний
- c) более или менее выраженного мутизма
- d) продолжительного сохранения одного и того же положения тела
- e) неестественных, вычурных поз

4. Многие дни и недели пациент проводит в полном молчании, не обращаясь ни к кому сам и не отвечая на обращенные к нему вопросы. Это:

- a) шперрунг
- b) негативизм
- c) мутизм
- d) диссоциации

5. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) двигательного возбуждения
- b) безысходного отчаяния
- c) мучительной, невыносимой тоски
- d) возбуждения, при котором больные рыдают, пытаются нанести себе повреждения,
- e) ощущения «деланности» состояния

6. Тревожное возбуждение проявляется:

- a) общим двигательным беспокойством
- b) тревогой, страхом
- c) различной выраженности ажитацией, тревогой
- d) всем перечисленным
- e) ничем из перечисленного

7. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) неожиданности поступков
- b) театральности поз
- c) агрессии, неистовой ярости
- d) расстройством сознания
- e) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации)

8. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) дурашливости, гримасничания
- b) преобладания выражения восторга, веселья
- c) нелепого, бессмысленного хохота
- d) прыжков, кривлянья
- e) неуместных плоских шуток

9. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме:

- a) острых, время от времени возникающих стремлений, овладающих рассудком
- b) бессмысленных хаотичных двигательных возбуждений
- c) влечений, подчиняющих себе поведение больного
- d) сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний
- e) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства

10. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) припадка с клонической и тонической фазой, с нарушением реакции

- зрачков
 - b) разнообразных сложных, выразительных движений
 - c) сужения сознания
 - d) психогенной обусловленности
 - e) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг
- 11. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:**
- a) приступы рыдания и хохота
 - b) патетическую жестикуляцию
 - c) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
 - d) чувство дурноты, учащенное дыхание
 - e) беспорядочные движения конечностями
- 12. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:**
- a) функциональные парезы и параличи
 - b) явления астазии-абазии
 - c) различные гиперкинезы и тики
 - d) психогенную слепоту
 - e) блефароспазм, афонию и мутизм
- 13. Расстройство побуждений проявляется:**
- a) повышением волевой активности
 - b) понижением волевой активности
 - c) отсутствием побуждений
 - d) извращением волевой активности
 - e) всем перечисленным
- 14. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме:**
- a) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
 - b) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
 - c) ослабления внимания, обеднения мышления
 - d) ограничения общения вследствие снижения откликаемости
 - e) повышения мышечного тонуса

-
- 15. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:**
- a) отсутствие побуждения
 - b) утраты желания
 - c) полную безучастность и бездеятельность
 - d) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
 - e) отказ от речи (мутизм)
- 16. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме:**
- a) повышения волевой активности, усиления побуждений
 - b) повышенной деятельности
 - c) чувства «сделанности» состояния
 - d) порывистости, инициативности
 - e) говорливости, подвижности
- 17. К расстройствам влечений относятся все перечисленные расстройства, кроме:**
- a) анорексии
 - b) аутизма
 - c) булимии
 - d) пиромании
 - e) дипсомании
- 18. Анорексия — это нарушение:**
- a) эмоций
 - b) произвольной деятельности
 - c) влечений
 - d) ипохондрический бред
 - e) нарушение сознания
- 19. «Паранойя здоровья» — это:**
- a) сверхценное увлечение сыроедением
 - b) сверхценное увлечение голоданием
 - c) сверхценное увлечение оздоровительными процедурами и продуктами
 - d) сверхценное увлечение спортом (с целью укрепления здоровья)
 - e) все ответы верны

**Вопросы, включенные
в билеты к курсовому экзамену**

1. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.
2. Кататонический синдром, его основные симптомы. Заболевания, при которых он встречается. Отличия кататонического возбуждения от маниакального и кататонического ступора от депрессивного.
3. Формы двигательного возбуждения, заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача в случае социально-опасного поведения, методы купирования.
4. Суицидальное поведение при психических заболеваниях. Состояния, при которых возникает угроза для жизни психически больного. Врачебная тактика и методы профилактики.

ТЕМА 6.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Содержание: изучение синдромов нарушенного сознания.

Учебная цель занятия: показать клинические феномены расстройств сознания, обучить студентов методам их выявления, подчеркнуть возможность социально опасных действий больных с расстройствами сознания.

Задачи занятия:

- с учетом ранее полученных знаний познакомить студентов с основными формами патологии сознания, показать их место в клинике пограничных расстройств и в клинике психических болезней, ознакомить с лечебной тактикой;
- рассмотреть варианты классификаций расстройств сознания;
- познакомить студентов с основными методами выявления расстройств сознания у психически больных, выработать практические навыки оценки состояния больных с нарушениями сознания, на основе психопатологического метода;
- познакомить студентов с методами психопатологического обследования больных с расстройствами сознания;
- при подведении итогов практической работы обобщить изученный теоретический материал с учетом полученных результатов.

Продолжительность занятия: 4 академических часа.

Место проведения занятия: учебная комната, ассистентская, в отдельных случаях палаты клинических отделений.

Оснащение занятия

1. Таблицы.
2. Магнитофонные записи с образцами речи.
3. Образцы патологического творчества больных.
4. Истории болезни демонстрируемых больных.
5. Набор материалов для проведения психологического обследования больных.
6. Слайды по теме занятия.
7. Методические указания к проведению занятия, изданные кафедрой топографическим способом для студентов.

План проведения занятия и бюджет учебного времени

1. Организационные вопросы — 5 мин.
2. Введение, формулировка актуальности, цели и задач практического занятия — 10 мин.
3. Опрос по теме — 15 минут.
4. Проведение тест-контроля исходного уровня знаний студентов — 15 мин.
5. Рассмотрение теоретических вопросов темы, заслушивание рефератов по дополнительной литературе — 40 мин.
6. Перерыв — 10 мин.
7. Демонстрация больных по теме занятия (4-5 человек), изучение творчества больных, писем, заявлений и т.д., работа с таблицами; изучение актов судебно-психиатрической экспертизы — 40 мин.
8. Обсуждение истории болезни продемонстрированных и обобщение изученного на занятии, теоретического материала — 30 мин.
9. Итоговой контроль уровня знаний по теме занятия, подведение итогов занятия — 15 мин.

Теоретический материал по теме занятия

1. К синдромам исключения сознания относят состояния оглушенности, сопора и комы. *Оглушение* характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т. д., не реагируют на другие неудобства.

Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не выявляется.

Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифференцированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации. Так, больной в состоянии оглушения в процессе лечения инсулиновыми комами после купирования этого состояния говорил врачу: «Я помню, Вы ко мне подходили, что-то спрашивали, но что — не помню».

Обнубилиции (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него несколько рассеянно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает не попадая. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубилиции обычно колеблется.

Оглушенность является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

Сопор — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

Кома характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

2. Синдромы помрачения сознания.

Делирий (иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания) характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интоксикацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жаловаться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топают, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье грубым и т. д. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открывает глаза, но, как только закрывает, снова видит страшные картины. По утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, поэтому больной стесняется о них рассказать врачу.

На следующем этапе, обычно вечером, появляются парейдолические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные

картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парейдолических иллюзий.

Так, больному в узорах ковра видятся головки котят, которые кивают в разные стороны, затем котят «выпрыгивают» из ковра и начинают «бегать по кровати». В это время больной не только видит их, но и начинает чувствовать, как они когтями царапают ему руки, т. е.; появляются тактильные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сценopodobные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Эти галлюцинации истинные. Критическое отношение отсутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реальные, и поведение больного соответствует галлюцинациям. При устрашающих галлюцинациях больной испытывает страх, спасается бегством, вступает в борьбу, при индифферентных или «завлекательных» всматривается с интересом, смеется и т. д. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены. Ориентировка ложная, больной считает, что он находится, в другой ситуации, в другом городе, на работе с собутыльниками, окружен врагами и т. д.

Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют вовсе. Больной не помнит, как поступил в больницу, что предшествовало этому, как приходил врач, как он ехал в больницу, однако помнит, что в квартиру рвались «бандиты», от которых он оборонялся: спасался бегством. Критика к галлюцинациям восстанавливается постепенно.

При делириозном состоянии могут быть светлые промежутки, когда на короткий период сознание проясняется. Это чаще наблюдается в утренние часы или при активном привлечении внимания больного, при разговоре с ним. Оставленный в покое, он снова начинает галлюцинировать.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16—18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживаний. Выделяют несколько разновидностей делирия: неразвернутый, или абортный, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов. Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются муситирующий (бормочущий) и профессиональный, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрики-

ванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной терзает одежду, простыню, «обирается».

При профессиональном делирии у больного наблюдаются автоматизированные двигательные действия: он забывает несуществующие гвозди, строгают, пилит и т. д. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны. Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга. Несмотря на яркость психопатологических проявлений, В. А. Гиляровский считал, что это реакция относительно сохранного мозга.

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновидное, грезоподобное). Онейроид — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии на окружающие события.

Если неправильное поведение больного в состоянии делириоза не заметить нельзя, то онейроидное состояние сознания часто просматривается, так как наблюдается несоответствие между фантастическими переживаниями и поведением больного.

На первых этапах развития онейроида наблюдаются нарушения сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специально подстроенное, как будто бы для больного специально разыгрываются сцены. В этом периоде имеет место двойная ориентировка, больной живет как бы в двух мирах, двух планах, в реальной ситуации и другой вымышленной, фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании.

Больной может говорить, что, с одной стороны, он понимает, что находится в больнице, но с другой — думает, что это не больница, а специальный «центр по подготовке космонавтов», космическая станция или еще что-то необычное и фантастическое. В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицательного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симптоматика. Часто у больных имеется убеждение в исключительности

своего существования и предназначения: они призваны спасти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра со злом (манихейский бред). Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в будущее или далекое прошлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями. Так, больная видит себя на арене Колизея, она рабыня, которую должны уничтожить, видит, как бежит, спасаясь, под рев зрителей. Одновременно видит, как по арене скачет войско на великолепных белых конях, воины одеты в прекрасные золотые доспехи и во главе войска на белом коне заведующая отделением, где находится больная. Поведение больных не соответствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступорозном состоянии, иногда имеет место восковая гибкость. Некоторые больные бродят по отделению с «зачарованной улыбкой», контакт с окружающими бывает нормальным, ответы чаще односложные, но иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

Таким образом, для онейроида характерна отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.

Онейроид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются произвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

Аменция — аментивное помрачение сознания (от лат. *amentia* — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. По выражению Е. А. Попова, больной в состоянии аменции — это человек в разбитых очках, т. е. все им воспринимается по кусочкам, отдельно. Речь больного бессвязна, больные произносят бессмысленный набор слов, носящий часто обыденный харак-

тер, наблюдаются персеверации, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами.

Наблюдается грубая дезориентировка в месте, времени и собственной личности. Больные не только не могут сказать, где они находятся, но и оценить ситуацию в целом; Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Появление на фоне аменции в ночное время делириозных переживаний свидетельствует в пользу экзогенной природы аментивного помрачения сознания.

Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головного мозга, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

Сумеречное помрачение сознания. Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы. Если делирий можно определить как иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, а онейроид — как грезоподобное, то для сумеречного помрачения сознания нет такого общего определения. Однако есть признаки, характеризующие это помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения; сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

При амбулаторном автоматизме сумеречное состояние наступает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет; отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.

При наличии бреда и галлюцинаций поведение больного становится крайне опасным, так как действия его обусловлены психопатологической симптоматикой или острейшими аффективными состояниями с переживанием ярости или отчаяния.

Фуги и трансы — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

Абсанс (от франц. *absence* — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратковременно. Например, во время беседы больной останавливается и замолкает, однако на вопрос: «Что с тобой?» — он тут же отвечает: «Ничего» — и продолжает беседу. Сам больной чаще не замечает эти состояния или говорит, что у него бывают «отключения».

Выделяют несколько вариантов абсанса: атонический, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением; гипертонический — с повышением мышечного тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища назад; субклинический — с неполной потерей сознания; энуретический — с непроизвольным упусканием мочи:

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

3. Сравнительно-возрастные особенности нарушений сознания.

Нарушение сознания у детей зависит от возрастного этапа формирования сознания. Так, в период предметного сознания нарушения малодифференцированы, отчет о них получить не удастся. О его наличии можно судить только по поведению ребенка. Например, ребенок ночью вскакивает, громко кричит, от кого-то отмахивается, на вопросы и уговоры не реагирует. Через несколько минут состояние проходит, он оглядывается по сторонам, объяснить, что с ним было, не может. При таком поведении можно заподозрить сумеречное помрачение сознания.

Для детей в возрасте до 3 лет наиболее характерно состояние оглушенности, для которого типично снижение активности во всех психических проявлениях. Выраженность оглушенности чаще бывает незначительной, поэтому такое состояние оценивается как обнубиляции. В этом состоянии ребенок заторможен, реакции замедлены, внимание привлекается с трудом, интереса ни к чему не проявляет, безразличен к приходу матери, игрушкам.

Для индивидуального периода формирования сознания нарушения более разнообразны, однако, чем моложе ребенок, тем чаще наблюдаются состояния оглушенности.

Делирий в этом возрасте отличается стертостью, фрагментарностью, меньшей длительностью, отсутствием последовательности в его развитии, наличием иллюзий и галлюцинаций воображения, отражающих аффективно-окрашенные переживания. Ребенок говорит, будто бы он видел, что

на кровати лежала красивая кукла или маленькая собачка, уверяет, что приходила мама. Ребенок не может ответить, было это во сне или наяву.

Сумеречные состояния в этом возрастном периоде кратковременны и не развернуты. Чем моложе ребенок, тем больше в структуре сумеречного состояния выражены компонент автоматизированных движений и действий, что соответствует психомоторному уровню реагирования в этом возрасте. Наиболее часто встречаются оральные автоматизмы (жевание, глотание, чмоканье, облизывание) или однообразные действия руками (поглаживание, перебирание пальцами).

На этапе формирования коллективного сознания (9 - 16 лет) наиболее характерен делириозный синдром. В этом возрасте можно выделить стадии в развитии делирия. На пределириозной стадии ребенок становится двигательнo-беспокойным, пугливым, обидчивым, затем появляется склонность к иллюзорному восприятию: иллюзии носят устрашающий характер, появляются гипнагогические галлюцинации. Для стадии истинных галлюцинаций типичны мелкие зооптические галлюцинации, больной видит насекомых — мух, муравьев, пчел, иногда кошек, собак. Такого рода галлюцинации чаще наблюдаются при различных интоксикациях, особенно атропиноподобными препаратами.

Онейроидные состояния в этом возрасте еще не полностью развернуты, чаще имеет место ориентированный онейроид, однако в пубертатном возрасте наблюдаются типичные переживания, когда больные видят себя участниками фантастических событий, на войне, в космосе. Воспоминания об этих переживаниях сохраняются, но чаще носят отрывочный характер.

Сумеречные состояния в подростковом возрасте часто сопровождаются аффективными расстройствами, переживанием страха, злобы, отчаяния с агрессивным поведением. В юношеском возрасте (5-й этап формирования сознания — 16—22 года) наблюдаются все клинические варианты расстройств сознания, характерные для зрелого возраста.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Понятие о ясности сознания. Критерии измененного сознания по Ясперсу.
2. Классификация состояний измененного сознания.
3. Синдромы выключения сознания: обнубияция, оглушение, сопор, кома.
4. Сновидные расстройства сознания: делирий, онейроид.
5. Сумеречное состояние сознания.

6. Аменция.
7. Пароксизмальные расстройства сознания: фуги, абсансы.
8. Понятие о социальной опасности психически больных с расстройствами сознания и меры ее профилактики.
9. Особенности нарушений сознания у больных в детском или подростковом возрасте.
10. Терапевтические мероприятия при расстройствах сознания.

Тестовые задания по теме занятия

- 1. К формам нарушенного сознания относится:**
 - a) обнубиляция
 - b) ментизм
 - c) абулия
 - d) мутизм
 - e) ни одно из названных расстройств
- 2. Сознание выключается в следующей последовательности:**
 - a) обнубиляция — сопор — оглушение
 - b) оглушение — сомноленция — кома
 - c) оглушение — кома — сопор
 - d) обнубиляция — оглушение — сопор
 - e) ни одна из названных последовательностей
- 3. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме:**
 - a) сохранения в памяти всего периода истерического изменения сознания
 - b) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
 - c) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
 - d) «звучания» в болезненных переживаниях психотравмирующей ситуации
 - e) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей
- 4. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, кроме:**
 - a) нарушения отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях,

-
- b) отрешенности от окружающего мира: затруднения или полной невозможности восприятия происходящего вокруг
 - c) дезориентировки во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
 - d) бессвязности мышления наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полной или частичной амнезии периода помрачения сознания
 - e) чувства «сделанности»

5. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) ступора
- b) помрачения сознания
- c) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
- d) резко выраженных двигательных возбуждений
- e) возможности вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств при преобладании зрительных галлюцинаций

6. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме:

- a) понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
- b) выраженных галлюцинаций и бредовых идей
- c) повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
- d) замедленности, затруднения мышления и осмысления ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
- e) аспонтанности, малоподвижности

7. Стадиями выключения сознания являются:

- a) обнублиция
- b) оглушение
- c) сопор
- d) кома
- e) все перечисленные

8. Сопор проявляется:

- a) патологическим сном
- b) неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией)
- c) вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных

- недифференцированных защитных реакций
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 9. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме:**
- a) интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т. д.)
 - b) расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
 - c) черепно-мозговых травм
 - d) сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
 - e) фебрильной шизофрении
- 10. Сумеречное помрачение сознания проявляется:**
- a) внезапной, чаще кратковременной, утратой ясности сознания
 - b) полной отрешенностью от окружающего
 - c) сохранением (иногда отрывочного и искаженного восприятия окружающего при осуществлении автоматизированных действий)
 - d) всем перечисленным
 - e) ничем из перечисленного
- 11. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме того, что:**
- a) развивается внезапно
 - b) больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
 - c) речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов
 - d) развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
 - e) сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
- 12. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются:**
- a) амбулаторные автоматизмы

-
- b) fuga или транс
 - c) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
 - d) все перечисленные
 - e) неверно ничего из перечисленного

13. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- b) нарушения сознания
- c) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»
- d) расстройства самосознания витальности и активности
- e) расстройства самосознания целостности

14. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая:

- a) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
- b) восприятие окружающей обстановки как безжизненной
- c) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
- d) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
- e) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я»

15. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся:

- a) чувство отчуждения своего голоса
- b) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
- c) наблюдение за своими действиями как бы со стороны
- d) все перечисленное
- e) ничего из перечисленного

**Вопросы, включенные в билеты
к курсовому экзамену**

1. Синдромы помрачения сознания, их структура, динамика, диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с помрачением сознания.

2. Пароксизмальные явления (припадки эпилептические, истерические, дизэнцефальные, эпилептический статус, особые состояния сознания). Их диагностическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. М.: МЕД пресс-информ, 2002, 574 с.
2. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. / Под ред В.П. Самохвалова. — Ростов н/Дону.: Феникс, 2002. — 576 с.
3. Психиатрия: Национальное руководство. / под ред. Т.Б. Дмитриевой., В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000с.

Дополнительная:

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности от наших дней. Пер. с англ. — М., — 1995. — 608 с.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. 1976, — Ташкент, 325 с.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998, — 416 с.
4. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Коростийф В.Н., Кожина А.М., Синайко В.М., Мозговая В.М., Демина О.О. Пропедевтика психиатрии. Уч. Пособие для студентов медвузов и врачей-интернов. Ростов на Дону: Феникс, 2003, — 192 с.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. В 2 томах. — Киев: Изд. «Сфера», 1999. т.1. 299 с., т.2, 435 с.
6. Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. М.: Триада-Х. — 2000, 255 с.
7. Гройсман А.Л. Медицинская психология. 1997, - М.: Магистр, 360 с.
8. Каплан Г., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х томах. Пер. с англ. - М. 1994, - 672 — 528 с.
9. Каплан Г., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. дополненный. М.: ГОТАР Медицина. 1998, 505 с.,
10. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — М. 1985, 304 с.
11. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб: Питер, 2002. — 1312 с.
12. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985, — 284 с.

-
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М., 1995. — 559 с.
 14. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. — Минск, 1993. — 478 с.
 15. Конечный Р., Боухал М. Психология и психоанализ характера: Хрестоматия. / Ред.-сост. Райгородский Д.Я. — Самара, 1997. 640 с.
 16. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Томск, Изд. Томского ун-та. 2000, 110 с.
 17. Личко Л. Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. — Л.: 1983, 256 с.
 18. Медицинская этика и деонтология. / Под ред. Морозова Г.В. и Царегородцева Г.И. М.: Медицина, 1983, — 269 с.
 19. Менделевич М.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина. 1998, — 200 с.
 20. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 584 с.
 21. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход. Пер. с англ. В. Гафуров. Екатеринбург: УралИНКО, 2001, — 217 с
 22. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. — М., 1987, 166 с.
 23. Приказ МЗ и МП № 294 от 30 октября 1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи». // Календарь психотерапевта, 1996, № 1, С. 36-78.
 24. Психиатрия / Под ред. Р. Шнайдера. Пер. с англ. М.: Практика, 1998, — 600 с.
 25. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — М., 1970, 215 с.
 26. Рустанович А.В., Шамрей В.И. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Изд. 3-е. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 203 с.
 27. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л., 1987, — 182 с.
 28. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. — С-Пб., 1996. — 448 с.
 29. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. — М., 1997, 1056 с.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Учебное издание

Тимур Сергеевич Петренко
Константин Юрьевич Ретюнский
Сергей Иванович Ворошилин
Сергей Иванович Богданов
Анатолий Алексеевич Прокопьев

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

ISBN 978-5-89895-851-0

*Редактор Е. Бортникова
Дизайн, верстка И. Дзигунова*

Издательство УГМУ:
620028, г. Екатеринбург,
ул. Репина, 3, каб. 310
Тел.: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru